


FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO



THESE

DO

Dr. José Felles Barreto de Menezes.



Typ. GUTENBERG, de Santos & Chaves, rua do Hospício n. 206.



Telles Barreto de Menezes

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA
TRATAMENTO DA RETENÇÃO DE URINA

PROPOSIÇÕES

Cadeira de pharmacologia e arte de formular
Do opio chimico-pharmacologicamente considerado.

Cadeira de clinica ophthalmologica
Importancia do tratamento antiseptico na cirurgia ocular.

Cadeira de pathologia medica
Hypohemia intertropical.

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 29 DE SETEMBRO DE 1883

E perante ella sustentada em 19 de Dezembro por

José Telles Barreto de Menezes ✓

NATURAL DO RIO DE JANEIRO

Doutor em Medicina pela mesma Faculdade, Bacharel em letras pelo Imperial
Collegio de Pedro II, etc.

RIO DE JANEIRO

Typ. MILITAE, de Santos & C., rua do Hospicio n. 206.

1883

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DIRECTOR—Conselheiro Dr. Vicente Candido Figueira de Saboia.

VICE-DIRECTOR—Conselheiro Dr. Antonio Corrêa de Souza Costa.

SECRETARIO—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

Drs.:

LENTEs CATHEDRATICOS

João Martins Teixeira	Physica medica.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle	Chimica medica e mineralogica.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Macieló	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Pecaúha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Mala	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental,apparellhos e pequena cirurgia.
Conselheiro A. C. de Souza Costa	Hygiene e hiatoria da medicina.
Conselheiro Ezequiel Corrêa dos Santos	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José da Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem	} Clinica medica de adultos
Domingos de Almeida Martins Costa	
Conselheiro Vicente Candido Figueira de Saboia	} Clinica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro	
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatica.

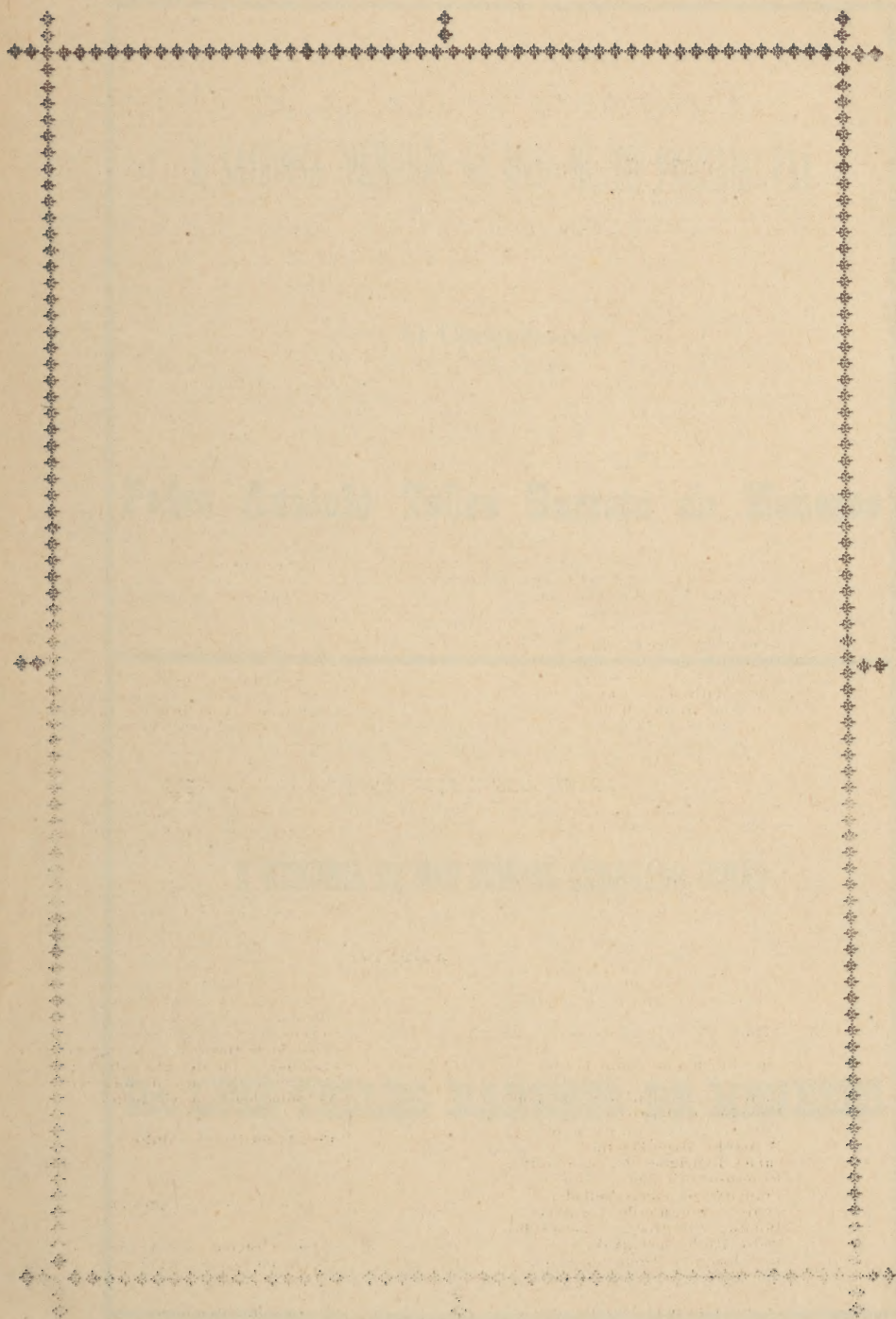
LENTEs SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Augusto Ferreira dos Santos	Chimica medica e mineralogica.
Antonio Caetano de Almeida	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparellhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

ADJUNTOS

José Maria Teixeira	Physica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Histologia theorica e pratica.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Chimica organica e biologica.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Physiologia theorica e experimental.
Francisco de Castro	Anatomia e physiologia pathologicas.
Eduardo Augusto de Menezes	Pharmacologia e arte de formular.
Bernardo Alves Pereira	Medicina legal e toxicologica.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos	} Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma	
Francisco de Paula Valladares	} Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Severiano de Magalhães	
Domingos de Góes e Vasconcellos	} Clinica obstetrica e gynecologica.
Pedro Paulo de Carvalho	
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Carlos Amazonio Ferreira Penna	Clinica ophthalmologica.
.	Clinica psychiatica.

N. B.— A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.



À SAUDOSA MEMORIA DE MEU MUITO PRESADO PAI

O COMMENDADOR

Pedro Antonio Telles Barreto de Menezes

À MEMORIA DE MEU SEMPRE LEMBRADO IRMÃO

Dr. LUIZ TELLES BARRETO DE MENEZES

A minha Mãe

A meus Irmãos

A meus Cunhados

A meu padrinho o Exm. Sr. Barão de Mesquita

A MEUS TIOS E TIAS

A MEUS PARENTES

A MEUS AMIGOS

A MEUS COLLEGAS

A' ILLUSTRADA FACULDADE DE MEDICINA DA CORTE

PREFACIO

*Da veniam scriptis, quorum non gloria,
sed officium fuit.*

OVIDIO.

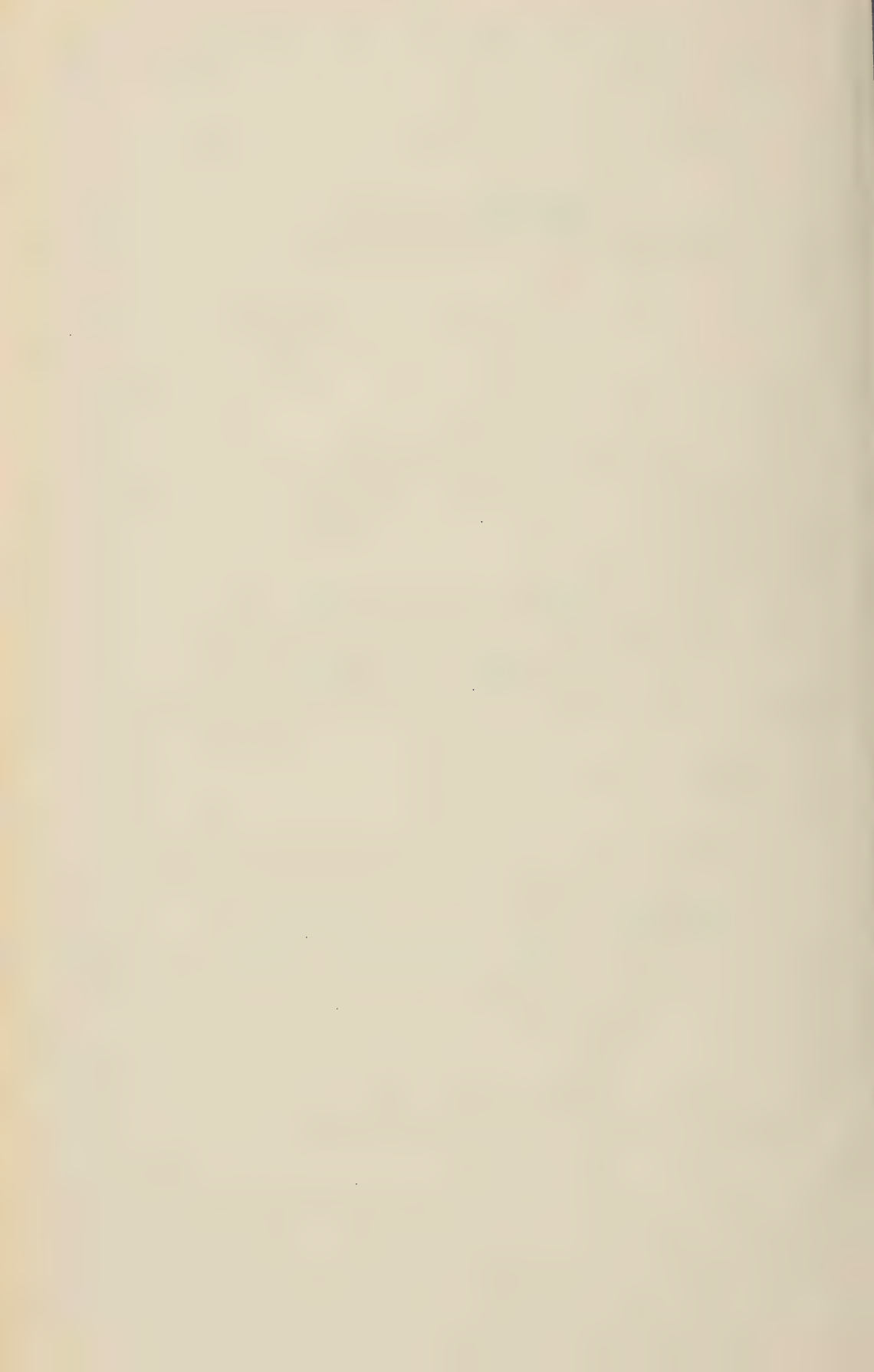
Ao escrever nossa dissertação não tivemos a menor pretensão de esclarecer questões obscuras de clinica cirurgica, nem de precisar indicações que fossem ignoradas, apenas procuramos estudar um accidente frequente e que tamanhas afflicções causa ao paciente que victima.

Sendo multiplas e variadas as suas causas, e seu conhecimento de toda a importancia, procuramos dar-lhes maior desenvolvimento, por dependerem dellas as indicações therapeuticas. Entretanto para o doente a retenção domina a scena morbida, e seu allivio immediato impõe-se muitas vezes ao cirurgião, forçando-o a agir com promptidão e energia. Em casos taes, nem sempre se pode obedecer, na occasião, á indicação causal, e só ulteriormente, conjurado o perigo imminente, se procura obter a cura definitiva.

Dividimos, pois, o nosso trabalho em duas partes, considerando na primeira a retenção em sua modalidade etiologica e clinica, e na segunda inferimos as indicações therapeuticas que a physionomia do accidente impõe.

Por esse modo parece-nos obedecer melhor ás leis do methodo e á clareza da exposição, já que nos faltam as habilitações para commettimentos de maior alcance.

J. TELLES.



Dissertação.

PRIMEIRA PARTE



RETENÇÃO DE URINA

DEFINIÇÃO — CLASSIFICAÇÃO

No estado physiologico a urina gottejando dos ureteres vai-se accumulando na bexiga, onde permanece até que a necessidade de expellil-a se manifeste, e a sua emissão, que pode, entretanto, ser ainda por algum tempo demorada pela vontade, tem lugar entrando em acção o musculo vesical. Esta accumulção é normal, *é a retenção physiologica.*

Quando, porém, o musculo vesical, persistente ou transitoriamente e por qualquer causa, perde a propriedade de contrahir-se, ou quando um obstaculo material impede a emissão franca da urina em qualquer ponto do canal a percorrer, dá-se a *retenção pathologica* ou retenção propriamente dita, cujo estudo vai constituir o assumpto de nossa dissertação.

Comquanto a urina possa accumular-se em qualquer ponto de seu trajecto desde os rins até o exterior, comtudo consideraremos sómente a retenção vesical por ser a mais importante e frequente, e por isso definimos : *é a accumulção da urina na bexiga com impossibilidade de evacual-a completamente.*

Do que dissemos, infere-se, que a retenção é um symptoma de lesões variadas e multiplas, cujo estudo é de necessidade indicinavel a quem tem de estabelecer uma therapeutica racional e proficua.

Da definição que examos deduz-se que a retenção é *completa* ou *incompleta*, e em ambas a bexiga conserva sempre um

certo estado de repleção, o que, no objecto que vamos discutir constitue um symptoma capital e pathognomonic.

Entretanto para Civiale só ha *retenção* quando um obstaculo material impede a passagem da urina, reservando a palavra *estagnação* para os casos em que a bexiga, perdendo o poder de contrahir-se, deixa a urina accumular-se em seu interior. Esta distincção, apesar de ter algum valor, não deixa de trazer confusão, porquanto em ultima analyse ha sempre retenção.

Ha mesmo casos em que o individuo expelle amiudadas vezes alguma urina, sem deixar de existir a retenção, e é a causa mesma do phenomeno que toma o nome de *regorgitação*; este facto tem logar quando a bexiga, em virtude de certos estados morbidos, distendida por uma retenção prolongada, é comprimida pelos musculos do ventre, do perineo e pelos intestinos, forçando o esphincter interno, que até então resistira, a ceder, permittindo a passagem de uma porção do liquido. O conhecimento desta manifestação da retenção é do maior alcance pratico, e o professor Thompson o corrobora quando diz que, na grande maioria dos casos, a *micção involuntaria denota uma retenção e não uma incontinencia*.

Ainda querem alguns que os termos *dysuria*, *stranguria* e *ischuria* exprimam sempre grãos diversos de retenção; não o admittimos para o primeiro em que, embora haja difficuldade, a urina é de todo expellida do seu reservatorio: apenas na *stranguria* e *ischuria* dão-se as duas fórmas de retenção que já expendemos, *incompleta* e *completa*.

A retenção completa observa-se quer em estado agudo quer em chronico, a incompleta só tem logar em estado chronico embora ás vezes complicada de acuidade passageira. As duas fórmas differem nos symptomas, marcha, prognostico e tratamento, mas apresentam comtudo pontos de communhão: a retenção aguda e completa pode ser precedida da incompleta e vice-versa.


CAUSAS

Como já dissemos, a retenção de urina é um symptoma de diversas lesões, e o estudo destas e de seu valor etiologico é de toda a importancia, por ser nelle que colheremos elementos seguros para um tratamento efficaz. Entretanto, ás vezes a retenção toma um cunho tal de gravidade, que somos forçados a attender só a ella, e a empregar meios energicos e promptos para debellal-a impedindo o apparecimento de phenomenos consecutivos gravissimos que podem ser funestos ao doente.

As causas das retenções de urina são numerosas, e tarefa sobremodo difficil seria tratar de todas. Para não exceder os limites de uma these e com o fim unico que temos em mira de facilitar a comprehensão do assumpto sobre que dissertamos, omittiremos minuciosidades que nos parecem perfeitamente dispensaveis em trabalhos desta natureza.

As retenções são muito mais frequentes no homem do que na mulher, razão pela qual referir-nos-hemos principalmente áquellas, tratando depois perfunctoriamente das segundas. A frequencia das retenções acompanha o crescer da idade no homem.

Suas causas são *dynamicas e mecanicas*: as primeiras, que actuam diminuindo ou abolindo o poder contractil da bexiga, comprehendem as *paralysias, a paresia ou atonia e a anesthesia vesicaes*, e são em numero muito mais limitado do que as mecanicas constituidas por obstaculos materiaes á passagem da urina. Subdividiremos estas em duas classes: 1ª, por obstaculos que não fazem corpo com as paredes do canal, 2ª por obstaculos que fazem corpo com as paredes do canal; em uma e outra classe a retenção é sempre produzida por embaraço que existe no canal de percurso do liquido urinario, e distingue-se essencialmente do primeiro genero etiologico que reside propriamente no reservatorio.



Causas dynamicas.

Quer ligadas á alterações apreciaveis de suas paredes, quer sem a menor lesão apparente, as causas dynamicas da retenção de urina affectam a contractilidade da bexiga e constituem a *paralysis vesical* que, na opinião de alguns auctores e entre elles o illustrado lente de anatomia descriptiva desta faculdade, pode ser *essencial* ou *symptomatica*.

A *paralysis essencial* será então devida a circumstancias que, demorando a urina na bexiga, possam trazer a distensão forçada de suas fibras musculares, como acontece quando, por qualquer motivo, um individuo, não satisfazendo a necessidade de urinar, luta com a dor que se manifesta, a ponto de ser-lhe impossivel expellir a menor quantidade de liquido, quando finalmente procurar fazel-o. O abuso dos prazeres sensuaes, o onanismo, os excessos da mesa predisporiam a um phenomeno identico.

Apezar de ser esta *paralysis* defendida por muitos homens eminentes da sciencia, outros não menos notaveis, como Thompson, Felix Guyon, não a admittem. Dizem estes que é verdade achar-se muitas vezes a bexiga mais ou menos compromettida em seu poder expulsor, sem que entretanto haja lesão alguma para os centros nervosos, e a isso dão o nome de *atmia* ou *inercia secundaria*, mas que, mesmo n'estes casos, houve uma molestia anterior de que depende o facto e que torna sempre a *paralysis symptomatica*.

A *paralysis symptomatica* é devida a causas assestadas sobre a propria bexiga, ou fóra d'ella, e, algumas vezes mesmo, pode depender de uma influencia geral.

Entre as que residem propriamente na bexiga, temos os vicios de conformação, algumas molestias, as deslocações e hernias, e enfim a *anesthesia vesical*.

Um obstaculo impedindo a emissão franca da urina exige um esforço maior da bexiga para livrar-se de seu conteúdo, e por isso, depois de um certo tempo, ha *hypertrophia* de sua camada muscular. Como consequencia d'este estado *hypertrophico*, e por causa da disposição fasciculada das fibras, feixes musculares po-

dem deixar entre si intervallos de numero e tamanho variaveis, por onde a mucosa, sob a pressão da urina, faça hernia e venha constituir bolsas ás vezes de volume consideravel : é a isto que se deu o nome de *bexiga de cellulas*.

O professor Thompson cita casos em que estes reservatorios anormaes tomaram um volume tal que sobrepujava o da propria bexiga. A urina accumula-se no interior d'essas cavidades e a sua retenção pode passar desaperccebida e ser causa de decepções para o clinico que, muita vezes, vem só a reconhecer esse vicio praticando a autopsia. Accresce que, sendo estas bolsas constituidas unicamente pela mucosa, sobre a qual apenas passam algumas fibras musculares e areolares, facilmente ulceram-se e rompem-se, levando rapidamente o individuo a uma terminação fatal. Nestes reservatorios tem já se depositado formações calculosas que podem escapar á exploração da bexiga pela sonda.

Vejamos agora as molestias propriamente das paredes vesicaes que podem occasionar retenção de urina.

Os auctores opinão ainda diversamente sobre a possibilidade de dar-se uma retenção de urina devida á inflammiação da bexiga, ou cystite. Niemeyer e Jaccoud, dizem que a cystite aguda pode acarretar uma retenção mesmo completa, mas devida á contracção spasmodica do collo e não á paralysisia das fibras musculares do corpo da bexiga, o que entretanto, para Follin, pode-se dar, principalmente quando a inflammiação tem invadido toda a espessura das paredes vesicaes.

O Sr. Dr. Pereira Guimarães acha duvidoso que a inflammiação possa produzir retenção, baseando a sua opinião na propriedade que tem os órgãos ôcos da economia em contrahirem-se com mais energia quando inflammados do que no estado são. Quanto á retenção que ás vezes apparece com uma cystite chronica, depende ordinariamente de uma outra causa que convem descobrir.

O tumores da bexiga, aliás raros, só embaraçam a micção quando assestados na parte inferior, e o fazem então ora mecanicamente, ora pelas dôres que produzem, como nos cancros que, além d'isso, pelas hemorragias que determinam podem trazer retenção pela obliteração do canal por um coagulo sanguineo.

O cystocele inguinal, a mais frequente de todas as hernias da bexiga, apesar de occasionar um certo estado de paresia do orgão, ordinariamente não produz retenção, porque o doente pode urinar levantando e comprimindo o tumor, como no facto de Ruysch; entretanto ha casos em que a retenção de urina tem logar, quando o cystocele tem contrahido adherencias com o tecido cellular circumvizinho, ou quando dá-se a obliteração do orificio que comunica a parte herniada com a que permaneceu no interior da cavidade abdominal.

Um outro estado morbido que pode trazer uma retenção é a anesthesia da bexiga. Apesar de não estar abolida a contractilidade do musculo vesical, de não ser por conseguinte uma paralyisia muscular, acompanha muitas vezes estados morbidos capazes de produzi-la; o doente não sente a necessidade de urinar, e por isso não a transmite aos centros nervosos, sendo necessario para esvasiar o reservatorio que intervenha a memoria, e então a bexiga contrahindo-se expelle o seu conteudo, o que prova que não ha paralyisia da tunica muscular. O Sr. Philippeaux dá como signal distinctivo entre a paralyisia e a anesthesia, a ausencia de dôr n'esta, com a applicação da electricidade, signal considerado pathognomonic.

Entre as causas que se assestam fóra da bexiga, temos diversas affecções do cerebro, da medulla e seus envoltorios, como as meningites, as encephalites traumaticas, rheumatismo cerebral, diferentes tumores assestados no cerebro, etc., que podem produzir retenção de urina mais ou menos promptamente. Ainda o anno passado vimos na enfermaria de clinica do Conselheiro Saboia, um caso de retenção de urina por paralyisia da bexiga, devida á fractura de vertebrae, e n'este anno, temos assistido na clinica do Conselheiro Torres Homem a diversos casos de retenção devidos á myelites. Nota-se entretanto que muitas lesões da medulla trazem antes incontinencia do que retenção; Donders, Valleix e outros explicam, dizendo que n'aquelles casos a paralyisia é completa, enquanto que n'estes é incompleta, resultando um spasma relativo do collo, e o professor Vulpian acredita que a paralyisia da bexiga se apresentará, quando a lesão estiver acima da

duodecima vertebra dorsal, emquanto que a do esphincter é devida a lesões assestadas na parte inferior da medulla, ou na cauda de cavallo.

Entre as causas dependentes de uma influencia geral, abranjeremos a febre typhoide, a hysteria, o sarampão, a primeira dentição, alguns medicamentos, como o opio, etc. O estudo d'estas causas é mais do dominio da pathologia medica, e por isso apenas nos limitamos a mencional-as.

Faltaram-nos talvez muitas causas de retenção de urina por perturbações na contractilidade da camada muscular da bexiga, mas julgamos que as que indicamos são as mais importantes, e muito sufficientes para o fim que temos em vista.

Causas mecanicas.

Comprehendemos n'esta classe as retenções devidas á presença de um obstaculo material impedindo a livre sahida da urina pelo canal por onde tem de ser expellida. Como atrás ficou dito, subdividimos estas causas em dous grupos : no 1º, o obstaculo, quer esteja fóra, quer no interior do canal, não faz corpo com elle ; e no 2º, está adherente ao canal e faz corpo com elle.

Primeiro grupo. — Reunimos n'este grupo os obstaculos que por si só produzem retenção, sem que seja preciso intervir a inflammacão das paredes urethraes, o que é frequente, porquanto, n'este caso, são coadjuvados por uma das causas do segundo grupo.

Muitas vezes o phimosis, quer congenito, quer accidental, occasiona uma retenção de urina. Quando o phimosis congenito é completo, ou mesmo quando a pequenhez da abertura prepucial impede a passagem da urina, esta vai ahi se accumulando, e, a cada micção, vê-se ir augmentando um tumor molle formado pelo prepucio distendido, e exigindo a intervenção chirurgica. Se a principio o phimosis não traz embaraço mecanico á micção, pode fazel-o mais tarde, phenomeno que Laugier explica por adherencias formadas entre a glande e o prepucio, cuja mucosa, impossibilitada de acompanhar o desenvolvimento da pelle, obriga-a a re-

flectir-se e formar um canal que, tornando-se mucoso, estreita-se consideravelmente, quando irritado, e produz a retenção. O phimosis inflammatorio, ordinariamente consecutivo á presença de cancrios abaixo do prepucio, adquire muitas vezes grandes proporções, e pode produzir consequencias identicas.

Quando o prepucio, collocado para traz da glande, não pode mais ser levado á sua posição normal, ha o paraphimosis, que, se produzir uma constrictão muito pronunciada, causará a retenção e até mesmo a gangrena.

Actuam, em definitiva, do mesmo modo os corpos estranhos e os laços applicados em torno do penis, e já tivemos occasião de ver um facto d'estes, em uma criança que atára um fio de linha no sulco da glande, e que foi de difficil descoberta e extracção, por causa da grande inflammacão que se produzio.

Ha ainda casos de retenção produzida por tumores formados nas bolsas, exostoses, tumores hemorrhoidarios muito desenvolvidos, fracturas do pubis, etc., quando, pela sua presença, impedem a dilatação completa do canal urethral. Quasi todas estas causas, pois, actuam por compressão.

Pertencem ainda a este grupo os obstaculos que, embora assestados no canal, não lhe são adherentes. São elles constituidos por corpos estranhos vindos do exterior ou do interior da bexiga.

Entre os primeiros, muito variados, notam-se caroços de feijão, pedrinhas, pedaços de sonda, canetas, etc., sendo muitos introduzidos propositalmente para excitarem a sensibilidade, já embotada, da mucosa, nos individuos dados ao vicio da masturbação. Estes corpos podem ficar na urethra ou ir até á bexiga, mas é muitissimo raro que elles por si só produzam retenção, sendo ella ordinariamente consequencia da inflammacão que provocam.

Os obstaculos vindos da bexiga são constituidos por coagulos sanguineos, calculos, mucosidades espessas, etc., e que tambem estão sujeitos á observação que acabamos de fazer.

Se houver uma hemorrhagia na bexiga, ordinariamente os coagulos penetram na urethra e são expellidos, e é raro que um d'elles oblitere hermeticamente o collo. A retenção é ainda menos vezes produzida por um calculo que, pelo proprio peso, fica no as-

soalho da bexiga; quando engastados na porção profunda da urethra, ou na porção peniana, podem trazer uma retenção, e isto mesmo quasi sempre são acompanhados quer do elemento inflammatorio quer do spasmodico.

Segundo grupo. — E' n'este grupo que se encontram as causas mais frequentes e importantes de retenção urinaria, e contra as quaes o clinico é mais communmente chamado para prestar os seus soccorros. Pertencem a elle as obliterações do canal, congenitas ou adquiridas, as molestias da prostata e as valvulas.

O canal da urethra pode estar obliterado em qualquer ponto, e essa deformidade congenita, mais frequentemente assestada no meato, pode causar a retenção mesmo na vida intra-uterina, e, tornando-se uma causa de dystocia, obrigar a intervenção directa do parteiro; o professor Depaul cita casos d'esse genero que tambem foram observados em recém-nascidos por Chopart, Aran, Rousse e outros. Nélaton, Cloquet, etc., observaram o canal obliterado em diversos pontos, e o primeiro cita factos em que a obliteração occupava uma grande extensão do canal. Demarquay refere um caso de retenção por atresia do canal urethral.

As obliterações accidentaes são constituídas pelos estreitamentos da urethra, muito frequentes, e cuja classificação é ainda hoje objecto de controversia entre praticos distinctos: uns dividem-os em estreitamentos spasmodicos, inflammatorios e organicos, como Alibert, Hunter, Civiale, o professor Pereira Guimarães e muitos outros, ao passo que Mercier, Caudmont, Thompson, o Conselheiro Saboia, etc., não admittem senão os estreitamentos organicos, ou verdadeiros.

De acôrdo com estes, adoptamos unicamente os estreitamentos organicos, sem comtudo deixar de tratar das retenções de urina devidas áquelles, tomando a palavra estreitamento no sentido de *diminuição passageira* do calibre urethral, e para evitar confusões empregaremos antes os termos *spasmo*, *inflamação* da urethra, que explicam perfeitamente o nosso modo de pensar.

E' opinião inconcussa que o spasmo pode muitas vezes apresentar-se concomitantemente com outra lesão da urethra, impedindo a emissão franca da urina; mas muitos acreditam que o

spasmo por si só pode frequentemente trazer embaraço á micção, enquanto que outros, como Thompson, F. Guyon, Brodie, etc., consideram este caso como muito raro. Apesar da raridade do phenomeno não se pode negar a sua existencia. Brodie, Guthrie e outros reconhecem a necessidade da intervenção do aparelho muscular da vida de relação no apparecimento do spasmo, enquanto que outros attribuem a influencia principal aos musculos da vida organica que rodeam o canal.

Ha tambem ainda divergencia quanto á séde do spasmo, querendo uns que elle se possa dar em toda a extensão da urethra, em quanto que outros dão-lhe como séde exclusiva a região membranosa. Suas causas são numerosas, e umas resultam de uma lesão local, e são as mais frequentes, ao passo que outras residem fóra do canal da urethra.

Entre as primeiras temos principalmente um estreitamento organico, uma ulceração ou excoriação da urethra, a passagem de uma urina alterada, a pequena irritação produzida pela introdução de uma sonda, a cauterisação do canal, etc., e muitas outras que seria longo e desnecessario enumerar.

Entre as segundas, independentes do systema genito-uninario, sobresaem ; uma irritação no anus, como a presença de tumores dolorosos, uma operação na região anal, a existencia de vermes, o prurigo, a tœnia, etc. ; de facto a união intima que existe entre os órgãos urinarios e os outros diversos órgãos, nos explica perfeitamente o spasmo occasionado por molestias ou mesmo alterações funcçionaes deapparelhos que não o genito-urinario. Ainda podemos incluir aqui a classe dos individuos impressionaveis que, em presença de outras pessoas, são victimas do spasmo que lhes impede mesmo a micção.

Cita-se o caso do celebre J. J. Rousseau que, desconfiando soffrer de calculos vesicaes, era victima de frequentes ataques de retenção de urina ; desenganado por Frei Cosme sobre a existencia de tal molestia, nunca mais soffreu de retenção, e a autopsia, praticada mais tarde, não revelou lesão alguma para o canal.

As causas que produzem o spasmo da urethra podem produzir

o do collo, e o catheterismo bem empregado indica approximadamente a séde.

A inflammação ou mesmo a congestão das paredes da urethra ainda constituem uma causa de retenção de urina, não obstante contestarem alguns essa consequencia attribuindo-a ao elemento spasmodico; entretanto, acreditamos que a inflammação por si só pode trazer embaraço á micção, como de ordinario soe acontecer por occasião de uma blennorrhagia exacerbada por exercicios forçados, excessos venereos ou abuso de bebidas alcoolicas.

A presença de um corpo extranho na urethra ou mesmo fóra d'ella comprimindo-a, occasiona para o ponto um trabalho congestivo ou mesmo inflammatorio que vem auxilial-o na perturbação do livre curso da urina.

O professor Thompson julga que a condição pathologica necessaria para dar-se uma retenção de causa inflammatoria é uma prostatite; acreditamos que assim seja mais frequentemente, entretanto suspeitamos que ella tambem possa sobrevir em consequencia da inflammação da urethra independente da prostatata, estando de acôrdo com o professor F. Guyon. A retenção de urina de causa congestiva ou inflammatoria de origem puramente urethral é ordinariamente transitoria, cede quasi sempre a um tratamento medico, emquanto que, se for devida a uma prostatite, reveste outra gravidade e exige uma intervenção mais energica.

Passemos agora ao estudo de uma das causas mais frequentes de retenção, e que deve attrahir mais a attenção do facultativo, isto é, dos estreitamentos organicos da urethra que podem ser consequencia, quer de uma inflammação, quer de um traumatismo: *estreitamento inflammatorio e estreitamento traumatico ou cicatricial*. Entre as causas productoras do primeiro destaca-se principalmente a blennorrhagia, e do segundo os diversos traumatismos, como as quedas sobre o perineo, as feridas do canal, a absurda manobra de endireitar o *gancho* (rompre la corde) uma falsa manobra na copula, etc.

A blennorrhagia, quando apresenta-se com grande intensidade, pode perturbar a emissão da urina, entretanto não é isso que

constitue o estreitamento organico inflammatorio, que é consequencia da blennorrhagia chronica ou de numerosas blennorrhagias, e é constituido pela transformação fibrosa da lymphá plastica, producto da inflammação.

Esse tecido, ora produz adherencias entre a mucosa e os tecidos submucosos, ora invade mesmo a substancia do corpo esponjoso occasionando-lhe uma lesão que o vae tornar duro e muito resistente. Ás vezes a mucosa é adherente ao nivel do estreitamento, em outras porém apresenta-se livre. No estreitamento traumatico ha formação de tecido cicatricial muito retractil, e que diminue cada vez mais o calibre da urethra.

A formação do tecido fibroso de um lado, e a do tecido reparador de outro, trazem grande diminuição na extensibilidade da urethra que progressivamente vae estreitando-se.

O estreitamento traumatico é ordinariamente unico; peniano, quando succede ao endireitamento do gancho, ou a uma falsa manobra na copula; perineal ou perineo-bulbar, consecutivo a um traumatismo directo do perineo, ou ainda na porção membranosa devido a fracturas do pubis.

O de origem inflammatoria pode assestar-se em differentes pontos da urethra, porém sua séde mais frequente é a parte posterior ou bulbosa da porção esponjosa, isto é, ao nivel da curva subpubiana, julgando mesmo o professor Thompson que atraz d'essa região talvez nunca exista estreitamento, a não ser de causa traumatica.

O numero destes estreitamentos é variavel; assim, Hunter refere um caso em que achou seis, Lallemand sete e Leroy d'Etiolles diz ter encontrado onze; entretanto muitos auctores de clinica numerosa dizem nunca ter encontrado um numero tão elevado. Embora excepçionaes ha tambem casos de estreitamentos consideraveis occupando toda a urethra, desde o meato até á porção membranosa.

Podem tomar diversas fórmas, e o seu calibre é em geral proporcional á duração da molestia e á extensão da inflammação que se propagou aos tecidos vizinhos, sendo contudo extremamente raro que a urethra esteja completamente obturada, e

quando isso se dá, ordinariamente o estreitamento é traumatico ; não obstante, a abertura ou orificio é ás vezes de tal modo insignificante, que facilmente se oblitera por uma ligeira tumefacção, muco, um calculo, etc.

Para que se dê pois a retenção não é preciso que o estreitamento seja completo, sendo de grande valor as perturbações que provoca para a bexiga, o spasma e a congestão, que é a condição mais frequente e a que ordinariamente se refere a pathogenia de uma retenção completa, n'um individuo victima de um estreitamento organico da urethra. A séde do orificio tambem varia, podendo ser central ou mais ou menos afastado para a circumferencia.

A retenção pode ser completa ou incompleta, e a primeira será passageira ou persistente ; a passageira é antes uma demora na sahida do jacto de urina do que verdadeiramente uma retenção, e o doente quasi sempre não lhe liga importancia e por isso não se queixa ao pratico. Entretanto, emquanto ella dura o individuo passa por verdadeiros soffrimentos e não consegue expellir uma só gotta de urina apezar de esforços inauditos. Esta pequena retenção é devida ao elemento congestivo, inflammatorio ou spasmodico auxiliando a acção do estreitamento, e desde que a congestão ou a inflammação perdure por um tempo mais longo, dá-se a retenção completa persistente com todo o seu cortejo symptomatico ruidoso.

Na fórma incompleta, a bexiga pode estar completamente cheia e o individuo urinar em virtude de regorgitação, ou então esvasiar-se em parte, ficando entretanto muitas grammas de liquido que se modifica e acarreta lesões da mucosa com que está em contacto ; e é do maior valor esta distincção, porque no primeiro caso o doente julgará soffrer de incontinençia e é capaz mesmo de induzir em erro o clinico inexperiente, e no segundo, poderá passar desaperccebida por faltarem signaes que a indiquem.

Estudemos agora as retenções de causa prostatica, que para F. Guyon são os mais frequentes e cuja proporção de tres sobre quatro está talvez abaixo do normal. Desde que uma causa

qualquer augmente em certo gráo o volume da prostata pode dar-se uma retenção de urina, e n'estas condições se acham tumores de diversas especies, cancerosos, tuberculosos, abcessos, etc.

A inflammação da prostata é susceptivel de dar logar a symptomas de retenção, mas raramente se apresenta isolada, idiopathica, dependendo ordinariamente de uma outra lesão e principalmente de uma blennorrhagia, caso este em que qualquer desvio do cuidado necessario, uma injeccão irritante, um exercício a cavallo, a ingestão de bebidas alcoolicas, de cantharidas, etc., torna-se a causa occasional da retenção. Os diureticos, a copahyba, a therebentina, os drasticos, etc., tem sido considerados como causa de prostatite, mas julgamos que apenas actuam como circumstancias occasionaes ou coadjuvantes.

A dor no fim da micção é um symptoma que acompanha a inflammação da prostata, considerada por Thompson e outros, como dissemos, a condição pathogenica necessaria de um estreitamento inflammatorio. Nem sempre determina retenção, complicação que se dá na metade dos casos ou mesmo em menor proporção; entretanto ha sempre difficuldade na micção que é retardada, podendo de todo ser impedida pela menor infracção das regras hygienicas ou por um desvio de reg'men.

A prostatite pode resolver-se, passar ao estado chronico, ou suppurar, e os abcessos da glandula, bem como os que se formarem no tecido connectivo entre ella e o recto, podem tambem occasionar uma retenção de urina.

D'entre todos os estados morbidos da prostata que podem trazer esta complicação, destaca-se a hypertrophia.

Alguns auctores acreditam que não é ella mais do que a persistencia do augmento do orgão devido a uma inflammação que não se resolveo ou suppurou, emquanto que outros as consideram affecções completamente distinctas, baseando a sua opinião em ser a hypertrophia constituída pela hyperplasia dos elementos normaes, e não apparecer antes dos 50 annos, ao passo que o augmento inflammatorio é devido ao derrame de productos morbidos, lymphoplastica, pus, etc., na espessura do orgão,

e costuma apresentar-se na adolescencia ou na idade média da vida.

A hypertrophia pode invadir toda a prostata ou sómente parte d'ella, o que é menos frequente, e alguns acreditam que o desenvolvimento é mais rapido na porção mediana do que nos lobos lateraes. A obstrucção do canal da urethra é a consequencia mais commum d'essa affecção, comtudo em casos excepcionaes pode haver incontinencia.

A porção prostatica da urethra é modificada em sua extensão e fórma, torna-se mais alongada e desviada, chegando Thompson a medir sete centimetros, isto é, mais do dobro do termo medio; além d'isso, ha diminuição do diametro lateral ou transverso, de modo que o canal se estreita em fórma de fenda. Quando existe um augmento de volume da porção mediana, ou lobo medio, a parede posterior da urethra se dirige para cima e para diante, de modo a formar uma curva mais ou menos angular conforme o gráo de desenvolvimento da parte. Se a hypertrophia é unilateral a urethra é desviada para o lado opposto á lesão, e se é total, o desvio faz-se para ambos os lados, havendo então duas entradas para a bexiga.

Convem ainda dizer que, algumas vezes, a prostata torna-se muito saliente para o lado do recto, sem entretanto impedir a sahida da urina, é a hypertrophia excentrica de Thompson, em quanto que em outras, um pequeno augmento da sua porção central, hypertrophia central, pode produzir esse resultado.

Reina ainda grande obscuridade sobre as condições etiologicas da molestia de que nos occupamos; seu começo passa muitas vezes desapercibido, e acontece ser o seu primeiro symptoma uma retenção completa, ordinariamente occasionada por um estado congestivo ou inflammatorio do órgão.

Nos casos mais communs ha demora na emissão da urina, diminuição na força de projecção do jacto, e micções mais frequentes principalmente durante a noite.

Estes symptomas mais se exacerbam com a congestão ou a inflamação que, invadindo a bexiga, fazem apparecer o elemento

dôr, antes e depois da micção, e augmentar a sua frequencia diurna sem diminuir a nocturna.

Em consequencia dos esforços que a bexiga emprega para expellir a urina, as suas camadas musculares vão se hypertrophiando, e as suas paredes vão se dilatando proporcionalmente á quantidade de liquido ahi deixado, pela incapacidade progressiva de contrahir-se completamente; sobrevem uma atonia mais ou menos manifesta, e a urina enchendo o reservatorio fórça o collo que se dilata, deixando passar o excesso. O individuo urina então em virtude de regurgitação.

A retenção incompleta reveste-se muitas vezes de grande gravidade, e acarreta a morte em consequencia de profunda adynamia ou de phenomenos uremicos.

A's vezes encontra-se ao nivel do collo da bexiga um relevo arredondado ou valvular, cuja presença impede mais ou menos o livre curso do liquido urinario : são as valvulas ou barreiras urethro-vesicaes que, até Guthrie, eram consideradas como modificações hypertrophicas da prostata.

Sobre a sua natureza tem sido emittidas diversas opiniões, que Thompson resume nas quatro proposições seguintes :

1ª, Ordinariamente é devida á excrescencia da porção mediana da prostata ; 2ª, Pode haver um obstaculo organico no collo da bexiga, sem augmento da parte mediana da prostata ; 3ª, N'este caso, o obstaculo é ordinariamente devido a uma hypertrophia das fibras musculares situadas no collo da bexiga, produzida por uma irritação já antiga do órgão, e occasionada geralmente por um estreitamento da urethra, uma inflamação, ou um calculo da bexiga, e finalmente pode apparecer fóra d'esses estados ; 4ª, Muito menos vezes consiste em uma dobra da mucosa e dos tecidos submucosos repellidos para cima pelos lobos lateraes da prostata, emquanto que a parte mediana acha-se pouco ou nada affectada.

Estas conclusões, que transcrevemos textualmente, provam que a mais frequente é a *valvula prostatica*, cujo estudo se prende naturalmente ao da hypertrophia da prostata, que acabamos de fazer, e por isso só consignaremos aqui a *valvula muscular* ou

urethro-vesical. O obstaculo prostatico, constituido pela porção mediana ou lobo medio da prostata, só se apresenta depois dos 50 annos, emquanto que a valvula muscular se observa nos adultos, e pode se reconhecer a sua existencia com o catheter explorador de Mercier.

Quando ha uma barreira ao nivel do collo da bexiga, o jacto de urina é a principio pequeno, entortilhado, sahindo depois com força por causa dos violentos esforços que, entretanto, não conseguem esvasiar completamente o reservatorio, o que se verifica pela introduccão de uma sonda. Os individuos, ora são atacados de retenção de pouca duração, ora urinam facilmente.

RETENÇÃO DE URINA NA MULHER

As disposições anatomicas dos órgãos urinaes na mulher, explicam perfeitamente o facto de ser ella muito menos vezes victima de retenção do que o homem ; n'ella o canal da urethra, além de ter apenas uma extensão de tres centimetros, é quasi vertical, summamente dilatavel, e não tem porção esponjosa nem prostata que, como sabemos, representa um importante logar como causa de retenção no homem.

Não nos sendo possivel entrar em grandes considerações sobre as causas de retenção de urina na mulher, por ser objecto quasi estranho ao nosso ponto, nos limitaremos a enunciar as principaes e mais frequentes.

Está ella tambem sujeita á paralyisia da bexiga, devida a uma lesão cerebral ou medullar e seus envoltorios, á retenção devida a outros estados pathologicos, como a peritonite, a febre typhoide, o sarampão, a hysteria, etc., e Brodie cita um caso de uma hystERICA da qual se extrahia, pelo catheterismo, cerca de 40 onças de urina.

Ha igualmente causas que actuam mecanicamente, quer situadas fóra do canal, comprimindo-o, quer em seu interior, diminuindo ou obliterando a sua luz. Assim temos, entre as primeiras, as distenções do utero e da vagina, como a prenhez em periodo

adiantado, os polypos, a hydrometria, a physometria, etc., a retenção da vagina pelos pessarios, pelo producto da concepção, sangue menstrual nas mulheres imperfuradas, etc.

Pelas connexões anatomicas que tem com a bexiga, o utero pode ainda, quando desviado de sua posição normal, modificar tambem a sua direcção ou a curvatura da urethra, e impedir a livre sahida da urina, como acontece nas deslocações do orgão gestador, a anteversão, a anteflexão, a retroversão, a retroflexão, etc.

Entre os obstaculos existentes no canal, temos os corpos estranhos quer vindos do interior, como os calculos, quer do exterior, introduzidos por imprudencia ou com fins libidinosos. A mulher, estando tambem sujeita a urethrites, pode excepcionalmente ser victima de estreitamentos que determinem retenção. A obliteração do meato pela membrana hymen, ou outra membrana anormal, trará impossibilidade á micção. A luz do canal ainda é susceptivel de ser mais ou menos diminuida por polypos, pela inflammação da mucosa, ou por um estado spasmodico do collo.

Do exposto infere-se que, embora possiveis as retenções na mulher, faltam absolutamente ou são bastante raras as causas que mais frequentemente as provocam no homem, isto é, as lesões prostaticas e os estreitamentos da urethra.

SYMPTOMAS, MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

Vimos quanto são multiplas e variadas as causas de retenção de urina ; obvio se torna que, cada manifestação do phenomeno, deve revestir-se de symptomas especiaes á causa particular que o produziu, e sobre os quaes não nos cumpre fallar detalhadamente. Estudaremos unicamente os symptomas communs e geraes indispensaveis á boa comprehensão do assumpto sobre que dissertamos.

Com a impossibilidade completa ou incompleta de esvasiar a bexiga, variam os caracteres clinicos que vamos exharar.

E' raro que a retenção completa se declare repentinamente, e, com excepção de certos casos, reconhece por causa ordinaria uma molestia que, desde algum tempo, se manifesta por perturbações do apparelho urinario. A bexiga fórma no hypogastro um tumor arredondado que vai pouco a pouco se elevando acima do pubis, podendo attingir a região umbilical e até mesmo excedel-a; entretanto Civiale e Phillips assignalam factos em que, a bexiga não distendendo-se, falta esse symptoma, sendo a retenção revelada pelo catheterismo que retira o conteudo do reservatorio.

Pela apalpação reconhece-se que o tumor é mais ou menos molle e mais largo na parte inferior do que na superior, e a percussão dá som obscuro, humorico, circumscripto em cima por uma linha de convexidade superior; havendo porém alguma porção intestinal interposta entre a parte superior da parede anterior da bexiga destendida, e a parede abdominal, ou quando a bexiga se tem dirigido para a excavação do sacro, o som pode ser tympanico. A pressão demonstra que o tumor é indolente, podendo despertar ou augmentar a vontade de urinar, e fará sahir mesmo alguma urina sendo exercida com mais força. O tocar rectal no homem, e o vaginal na mulher, revella a saliencia do tumor, e, combinado com o apalpar abdominal, permite apreciar a deslocação do liquido e mesmo determinar approximadamente a sua quantidade.

A' impossibilidade de urinar sobrevem as angustias physicas e moraes, determinadas pelos esforços inauditos e inuteis que emprega o doente. A' um esforço succede logo outro, voluntario ou não, e sendo insufficientes as contracções da bexiga, o individuo contrahe energicamente os musculos abdominaes que fazem relevo sob os tegumentos, d'onde, ás vezes, evacuações de materias fecaes.

As dôres são vivas, as necessidades de urinar repetidas e imperiosas, o doente afflictissimo geme, lastima-se, ensaia todas as posições, a face torna-se rubra, os olhos injectados, copiosos suores frios banham-lhe a fronte e as extremidades, podendo então sobrevir o delirio, quer devido ao abalo nervoso, ao excesso da dôr, quer, em muitas circumstancias, á intoxicação urinosa.

Ha perturbações funcçionaes diversas, principalmente da digestão, o paciente tem nauseas e lança pelo vomito materias como clara de ovo, biliosas, etc., e a febre se mostra com força. Estes casos são d'aquelles que explicam a exclamação de Heister « é preciso urinar ou morrer. »

Entretanto, tem-se observado individuos que supportam de um modo surprehendente uma distensão mesmo exagerada da bexiga, não sentem a menor dôr, entregam-se aos seus trabalhos, e podem até induzir o pratico a um erro de diagnostico: são porém factos excepçionaes, e ordinariamente elles expellem alguma quantidade de urina.

Se não fôr soccorrido, o doente pode morrer no meio das convulsões e da febre, ou produzir-se uma ruptura do aparelho urinario, ou ainda passar a retenção ao estado chronico e tornar-se incompleta.

A ruptura da bexiga trará uma infiltração urinaria das mais rapidas e uma peritonite superaguda; entretanto essa terminação é rara, e, para effectuar-se, exige alteração prévia da bexiga, produzida por uma molestia anterior, pois tem-se visto casos em que a bexiga não se rompeu apesar de conter até tres litros de urina. Residindo na urethra o obstaculo á micção, é possível dar-se a ruptura do canal, observando-se então abcessos, infiltrações urinosas, fistulas, etc.

Muitas vezes o doente, exausto, aniquilado, sente somnolencia, o pulso torna-se pequeno, a pelle cobre-se de um suor frio, a lingua de um enducto espesso e esbranquiçado, a bexiga deixa de contrahir-se, e a urina sahe em virtude da regurgitação; torna-se mais ou menos incompleta.

Desde porém que o cirurgião intervem, se a retenção é devida a uma causa passageira, a cura immediata geralmente se dá, mas existindo uma condição morbida permanente, o enfermo está sujeito a uma recahida emquanto não fôr affastada essa condição.

A duração varia conforme as circumstancias, mas é sempre menos longa do que a da retenção incompleta, e nos casos mais graves a morte pode sobrevir em 24 ou 48 horas.

A retenção incompleta pode succeder á uma completa, mas ordinariamente se estabelece pouco a pouco, e o que a caracteriza principalmente é a impossibilidade de esvaziar completamente a bexiga, e por isso mesmo passa muitas vezes desapercibida.

Um dos symptomas mais constantes de uma retenção incompleta é a frequencia das micções, principalmente á noite, havendo, em alguns doentes, uma verdadeira polyuria nocturna ; esta especie de retenção produz muitas vezes alterações morbidas da bexiga, e a cystite, com todo o seu cortejo symptomatico, é mesmo uma consequencia commum desta perturbação funcional. E' n'estas retenções que se nota a hypertrophia da tunica muscular da bexiga, devida aos esforços que o doente emprega para expellir a urina, quando soffre de um obstaculo urethral, dando occasião ao apparecimento das chamadas *bexigas de columnas*, e ás bolsas ou hernias tunicarias. Tem-se encontrado os ureteres dilatados contendo urina accumulada em seu interior, bem como nos bacinetes e até nos rins, e comprehende-se bem a gravidade de taes casos.

A percussão, a apalpação, e mesmo o tocar rectal, pouco nos mostram sobre o estado da bexiga mal cheia, e é ainda o ultimo, combinado com a apalpação abdominal, que nos permite apreciar, com mais clareza, o gráo de repleção do reservatorio. O doente está sujeito a uma retenção completa provocada por um desvio de regimen, ou por augmento da lesão existente. A cura pode dar-se desde que affastemos as causas productoras do mal, entretanto a retenção incompleta pode persistir durante muito tempo, e Baillarger cita um caso em que durou seis mezes.

DIAGNOSTICO

No estudo do diagnostico, de summa importancia para o fim que temos em vista, duas questões devem prender a attenção : reconhecer a retenção, distinguindo-a de outras molestias que com ella se possam confundir, e determinar a causa que a produziu. De facto, não basta diagnosticar uma retenção de urina ; o grande numero de condições que podem acarretal-a, imprimem ao tratamento modificações taes, que o pratico de modo nenhum deve desconhecel-as para proceder com segurança. E é convencido d'esta verdade que dividiremos este capitulo, em duas partes: *diagnostico da retenção e diagnostico etiologico.*

DIAGNOSTICO DA RETENÇÃO.— No estudo da symptomatologia temos as bases necessarias para firmar o diagnostico. Vemos que na retenção completa é em geral facil, pois que a impossibilidade absoluta de urinar leva o proprio doente a indicar a molestia, antes mesmo de apresentar-se ao cirurgião que deve, entretanto, proceder sempre ao exame para evitar qualquer confusão ; n'este caso, não é mais o diagnostico proprio que principalmente teremos de estabelecer, mas sim o etiologico que nos será fornecido pelos commemorativos e pelo exame methodico e attencioso da urethra e da bexiga.

O mesmo não se dá com a retenção incompleta que, muitas vezes, vem revestida de um cortejo symptomatico, capaz de desviar a attenção do medico; assim, algumas vezes, apesar de haver um tumor no hypogastro, pode elle ser attribuido a outra qualquer causa, porque o doente continua a urinar, outras, não se nota tumor algum, ha apenas pequena quantidade de urina retida

na bexiga, e é justamente em taes casos que ficaremos convencidos pelo catheterismo evacuator praticado pouco depois da micção.

Depois de termos ouvido com attenção os commemorativos, devemos proceder ao exame directo, que traz a convicção de que se trata realmente de uma retenção de urina, exame este que comprehende a inspecção, a apalpação, a percussão e finalmente o catheterismo.

Pela inspecção da região hypogastrica, muitas vezes poderemos ver a saliencia formada pela bexiga distendida, ordinariamente occupando a parte média do ventre, mas ás vezes desviada para um dos lados, do que convem estar prevenido para evitar-se algum erro. A presença d'essa saliencia induzirá a acreditar-se em uma retenção, mas a sua ausencia de modo nenhum deve affastar essa idéa, porque pode haver uma retenção incompleta, ou a bexiga estar cheia mesmo e entretanto ficar mais ou menos occulta na excavação pelviana.

A apalpação fornece elementos valiosos para o diagnostico em certos casos de retenção, e, para proceder-se a este exame, quasi todos aconselham collocar o individuo em decubito dorsal, com as pernas em flexão sobre as coxas, e estas sobre a bacia; entretanto o professor F. Guyon julga preferivel deixar as pernas em extensão, e, para impedir a contracção dos musculos rectos abdominaes, faz o doente respirar, aproveitando o momento da expiração para proceder á exploração. Parece-nos preferivel o primeiro processo, não só porque em muitos casos o doente encontra mais alivio forçando a flexão do corpo, como tambem é essa posição a mais conveniente para proceder-se ao tocar rectal.

Pela apalpação, como já vimos na symptomatologia, reconhecemos que o tumor é mais ou menos molle, mais largo na parte inferior do que na superior, e pode-se mesmo, como diz Guyon, contornar em parte o apice da bexiga, quando mal cheia, comprimindo paulatinamente a parede abdominal com o bordo cubital, no limite superior da resistencia encontrada.

Não deveremos só proceder á apalpação da região mediana do ventre, em razão do facto que assignalámos da bexiga desviar-se para um dos lados, e tornar-se causa de erro, quer porque não

havendo saliencia na parte média negue-se a distensão do órgão, quer porque existindo ella de um lado possa ser tomada por outro estado pathologico.

A apalpação profunda ou o tocar rectal no homem, e o vaginal na mulher, é certamente um dos modos de exploração dos mais valiosos, e o decubito dorsal é ainda a posição preferivel, principalmente quando tivermos de proceder simultaneamente á apalpação hypogastrica. Na idade média da vida o dedo mal percebe o soallo da bexiga, que entretanto fica proporcionalmente mais distincta quanto maior for a sua repleção.

Nos casos de retenção incompleta é de grande valor o tocar rectal, que, combinado com a apalpação abdominal, muita luz nos traz para a questão do diagnostico. De facto, em muitos casos de retenção parcial, quando a bexiga se distende lentamente, dirige-se para a excavação do sacrum, fornecendo assim por essa exploração a percepção de um tumor, que desaparecerá com o catheterismo evacuador.

A percussão é, em certas condições, de utilidade: assim, quando a bexiga se acha distendida e dirigida para a parede anterior do abdomen, obteremos um som obscuro, circumscripto em cima por uma linha curva de concavidade inferior. Entretanto não devemos de modo algum affastar a idéa de uma retenção, quando a percussão mostrar sonoridade, porque pode a bexiga conter pouca urina ou ter-se desviado para a parte posterior.

O catheterismo é a pedra de toque, a ultima palavra do diagnostico de uma retenção; todas as vezes que, introduzindo-se uma sonda na bexiga de um individuo que não pode urinar, ou que acaba de o fazer, e por ella sahir urina, *ipso facto* está diagnosticada uma retenção completa ou incompleta. Se é elle que nos tira a ultima duvida quanto ao diagnostico, é muitas vezes o principio do tratamento.

Não nos compete traçar aqui as numerosas leis que o regem, e a discripção dos diversos instrumentos empregados para tal fim.

Attendendo-se, pois, aos commemorativos, e aos diversos elementos que nos fornece o exame directo methodicamente prati-

cado, facilmente poderemos distinguir uma retenção de qualquer outra condição que com ella se possa confundir.

Essa confusão é ordinariamente devida ou á existencia de um tumor abdominal, continuando entretanto o doente a urinar, ou á frequencia exagerada da micção, muitas vezes sem existencia d'esse tumor, induzindo a acreditar-se em uma incontinencia de urina. Assim cita-se o facto de Richet de um individuo em que se lhe havia diagnosticado um kysto, unicamente pela existencia de um tumor no ventre, sem que elle deixasse de urinar, e que levou mezes com uma retenção. vindo o catheterismo, praticado por este sabio, confirmar o diagnostico que havia estabelecido. Ha ainda o facto já citado do Dr. Baillarger em que uma mulher foi considerada grávida durante seis mezes, vindo elle por fim a reconhecer a existencia da retenção.

E', pois, necessario estar-se prevenido da possibilidade d'esses enganos, e dispensar-se toda a attenção ao exame e considerações expostas, dando importancia mesmo a factos que á primeira vista pareçam insignificantes; e desde que haja qualquer duvida, praticar o catheterismo que, quasi sempre, lhe trará toda a luz para estabelecer com precisão o diagnostico differencial.

Diagnostico etiologico. — Apesar de ser este estudo de indiscutivel importancia para o tratamento, tornar-se-hia uma tarefa difficil, talvez mesmo impossivel, determinar com precisão o diagnostico das innumeradas causas de retenção de urina.

Estudemos, pois, o que ha de mais frequente :

Quando tivermos sob 'nossos cuidados o tratamento de um doente victima de uma retenção de urina, antes de procedermos ao exame directo, que nos fornecerá elementos bem positivos para o diagnostico, devemos interrogar o individuo, indagando dos commemorativos, epocha de duração da molestia, seu modo brusco ou lento de manifestação, quaes as desordens no apparelho urinario que a precederam, etc. Estes dados anamnesticos, do maior alcance, esboçam em nosso espirito a causa da molestia, e nos prendem a attenção sobre factos á primeira vista sem valor. A idade do individuo auxilia iguálmente o diagnostico, e é um elemento que não deixa de ter importancia; assim é que as lesões

da prostata são ordinariamente mais frequentes na idade avançada, como o estreitamento é mais commum na idade média.

Se o individuo é victima de uma retenção de causa dinamica, além de não accusar perturbação alguma anterior nas funcções urinarias, offerece quasi sempre outros symptomas que guiarão perfeitamente o pratico. Assim, nas lesões cerebro-espinhaes, ha quasi sempre modificações na motilidade ou na sensibilidade para outras partes do corpo, na febre typhoide e sarampão, o estado do doente o indica claramente, etc.

Quando ha retenção simultanea a uma blennorrhagia aguda, devemos logo suppor que é devida ao elemento congestivo, inflammatorio ou spasmodico. A hypothese de estreitamento avulta se o individuo confessa ter soffrido de uma ou muitas blennorrhagias de longa duração, ou se foi victima de um traumatismo na urethra, e se diz ter notado perturbações progressivas e mais manifestas para a micção.

N'um caso de retenção em um individuo de idade avançada, sem antecedente morbido da urethra, que urinava com certa difficuldade, com jacto fraco e quebrado, com frequentes micções, principalmente á noite, etc., quasi sempre é a consequencia de uma hypertrophia da prostata.

D'aqui infere-se que os primeiros elementos semeiologicos de uma retenção originam-se no conhecimento perfeito e na boa apreciação dos symptomas dos diversos estados morbidos que a podem produzir, cujo desenvolvimento completo e circumstanciado, não nos cabe fazer em um trabalho como o que nos occupa. O estudo de todos estes signaes é de toda importancia para o diagnostico, e muitas vezes são elles sufficientes; mas devem sempre ser completados pelo exame directo, que comprehende a inspecção, a apalpação, a percussão e o catheterismo.

Na maioria dos casos, a inspecção apenas inclina o espirito do cirurgião a presumir a existencia d'esta ou d'aquella causa, se bem que possa em certas condições indicar por si só a causa de uma retenção. A inspecção do meato mostrará logo a atresia, congenita ou adquirida, e seu gráo de rubor e congestão, a hypothese de uma blennorrhagia, bem como a existencia de algum corri-

mento, cuja origem devemos indagar. Examinando o penis reconheceremos um phimosis, um paraphimosis, um laço circular comprimindo o canal e impedindo a sua dilatação pelo liquido urinario, etc.

Não convem omittir o exame da região escrotal e principalmente da perineal, o qual nos pode revelar se ha infiltração de urina, abcessos, fistulas, cicatrizes, etc., que serão de valioso auxilio para o diagnostico causal. Mesmo o aspecto geral do individuo nos auxiliará, como nos casos de sarampão, lesões cephalomedullares, ordinariamente acompanhadas de paralsias e de outros symptomas.

Não sendo possivel á simples vista mais do que apreciar as modificações externas, procurou-se fabricar instrumentos que permittissem a visão profunda, e appareceram os endoscopos de Desormeaux e de Nietze e Leiter que, de utilidade em alguns casos, não corresponderam, entretanto, á expectativa e ao desejo que d'elles se esperava na pratica.

A apalpação pode ser superficial ou profunda, e de facto o tocar rectal não é mais do que um meio de apalpação profunda, o que tambem é, em ultima analyse, o catheterismo.

Quando exercida na região hypogastrica, a apalpação pode nos indicar approximadamente a causa da retenção, e assim veremos se é devida ao utero desenvolvido, a um cystocele, a um tumor perivesical, etc. O engurgitamento dos ganglios inguinaes nos fará julgar da possibilidade de existencia de um cancro da prostata ou do fundo da bexiga, o endurecimento dos epididymos nos dará muitas vezes a prova de uma blennorrhagia mais ou menos antiga, ou ainda um argumento em favor de uma tuberculose genito-urinaria presumida.

Esta exploração praticada nas regiões peniana e perineal é ainda mais fecunda em resultados; por ella se reconhecerão tumores e abcessos urinosos, e quando o canal urethral simula um cordão rijo, ou quando apresenta diversos pontos duros, signal de estreitamento, mais commumente traumatico.

Os corpos estranhos da urethra podem tambem ser percebidos por este exame, umas vezes pela saliencia que se encontra, outras pela exacerbação da dor viva localisada no ponto em que se acham

engasgados, facto frequente nos fragmentos de calculos depois da lithotricia.

A apalpação externa ou superficial não pode attingir a parte profunda da urethra, e torna-se preciso recorrer ao tocar rectal, combinado com a introdução de um instrumento no canal, o que facilita seu reconhecimento e exame. E' ainda por meio do tocar rectal que reconheceremos o estado do soalho da bexiga e principalmente da prostata.

Combinando-o com a apalpação abdominal reconhece-se a existencia de tumores que possam existir, e nas crianças é relativamente facil perceber-se a presença de um calculo, principalmente, como diz F. Guyon, exercendo-se com o dedo explorador uma manobra analoga ao *ballottement* fetal.

Ora só, ora combinado com o catheterismo, ora ainda com a apalpação hypogastrica, poderemos reconhecer o estado da prostata quanto á consistencia, volume, etc., e é justamente em relação ás molestias d'este órgão, que o tocar rectal reveste seu maior valor. Entretanto o augmento da glandula para o recto não indica com clareza o seu estado em relação á urethra, porque pode estar muito augmentada para um lado e não fazer proeminencia para o outro. E' possivel ainda perceber-se fluctuação indicando um abcesso, uma depressibilidade limitada mostrando uma lacuna, ou ainda, sendo doloroso, encontrar a prostata tumefacta, dura, muito sensivel, revelando uma prostatite, etc.

O tocar vaginal é na mulher o correspondente do tocar rectal ; por elle não só apreciaremos o estado do utero, da vagina, como tambem da urethra e da bexiga, sendo igualmente de indiscutivel utilidade, quando combinado com a apalpação abdominal.

F. Guyon cita um caso de uma mulher, em que o seu diagnostico de calculo vesical foi confirmado, encontrando a parede vaginal perfurada pela pedra, que se podia ver até a olho nú.

A percussão de pouco nos serve no diagnostico das causas de retenção.

E' sómente depois de ter pesado bem os commemorativos, fornecidos pelo interrogatorio do doente, que deveremos proceder ao catheterismo explorador, que virá confirmar o nosso juizo

diagnostico. Se o catheter encontra algum obstaculo, procuraremos ver se elle é externo ou se se trata de um estreitamento, de um spasma, de um augmento de volume da prostata, de valvulas, etc.

Na pratica, quando se encontra um obstaculo na urethra anterior, ordinariamente é um estreitamento. Para reconhecê-lo, toma-se uma vela flexível de extremidade olivar, correspondente aos numeros 15 a 20 da escala de Charrière, porquanto, se passar não haverá estreitamento, emquanto que se fôr mais fina poderá ultrapassar um ponto estreitado sem denunciá-lo.

E' de vantagem indagar da séde, calibre e extensão do estreitamento. Em geral a séde é indicada pela profundidade a que chegou o instrumento, e Guyon aconselha procurar pela apalpação a saliencia formada pela sua extremidade olivar; esta noção é de valor, porque com probabilidade nos indicará a origem da urethrosthenia; ordinariamente um estreitamento blennorrhagico occupa o fim da porção esponjosa, quando é consequencia de um cancro localisa-se no meato ou na fossa navicular, e quando provém de um choque, uma pancada, na região perineo-bulbar, etc.

O calibre é approximadamente revelado pelo diametro da oliva que o atravessar com algum attrito, pelas velas de Ducamp, ou pelas de cêra.

O catheter olivar ainda nos mostrará a extensão do seguinte modo: encontrada a resistencia, marca-se o ponto ao nivel do meato, faz-se penetrar o instrumento até que tenha transposto a coarctação, e ao retiral-o, torna-se a marcar o ponto em que encontrou a extremidade posterior do estreitamento, cuja extensão será igual ao espaço comprehendido entre os dous pontos marcados, descontado o comprimento da oliva.

O spasma se apresenta mais commumente na porção membranosa, e é reconhecido pela séde do obstaculo, seu brusco apparecimento, bem como pela sua duração ephemera, permitindo, depois de certo tempo, a passagem de um instrumento calibroso, o que, até então, não se conseguia com os mais finos; resiste muitas vezes aos flexiveis e cede aos metallicos. O explorador dá a sensação de um annel apertado, mas passa sem attrito.

A distancia a que chegou o catheter nos indicará se o obstaculo existe na região prostatica, e eliminará de ordinario a confusão com um estreitamento, raro n'este logar.

A combinação da exploração interna com o tocar rectal é de poderoso auxilio para o diagnostico, e assim poderemos apreciar, mais ou menos claramente, o espaço comprehendido entre o explorador e o dedo introduzido no recto.

Em casos de abcessos prostaticos são elles muitas vezes perfurados pelo instrumento, e o seu diagnostico será estabelecido pela sahida do pus.

O alongamento da região prostatica, na hypertrophia do orgão, se revelará pela extensão que o catheter terá de percorrer antes de chegar á bexiga, e as modificações na fôrma do canal serão avaliadas pela extremidade externa do explorador, que se desviará para o lado em que houver maior deformação : para baixo se fôr a porção mediana, para a direita ou para a esquerda se fôr para um lado ou outro.

Para o reconhecimento das valvulas o melhor instrumento é sem duvida o de Mercier, cuja vantagem é de encontrar a valvula pela face dorsal e não com o bico, o que permite fazer-se uma certa pressão sem perfural-a. Quando a valvula é pequena o explorador, ultrapassando-a, se desprende de repente e penetra na bexiga dando um pequeno salto, e fornecendo a sensação de uma resistencia vencida ; se é grande, o cirurgião terá que abaixar a extremidade externa do catheter para fazel-o penetrar.

A difficuldade em distinguir-se as duas especies de valvulas já foi assignalada pelo proprio Mercier ; entretanto a idade do individuo, seus antecedentes, o estado da prostata, muito nos esclarecerão, pois sabemos que a muscular se apresenta em um individuo moço, que confessa ter soffrido de urethrites rebeldes, etc., enquanto que a urethro-prostatica existe n'um velho, cuja prostata, augmentada de volume, faz ordinariamente saliencia para o recto.

Pelos commemorativos e pelos diversos modos de exploração, chegaremos a reconhecer a existencia e séde de um corpo estranho, e, se houver necessidade, recorreremos ao catheterismo. As

sondas metallicas darão um choque rude, e, se passarem, nos fornecirão a sensação de attrito pronunciado ; as velas de cêra são tambem de utilidade n'esses casos, mas entretanto o catheter olivar é sufficiente, porque, se o não tivermos sentido na sua introduccão, ao retirarmol-o, perceberemos a sua existencia. Guyon diz que o attrito é caracteristico, é o chamado *ruido de couro novo*.

Com certeza muito teríamos ainda que dizer sobre o diagnostico das diversas e innumeradas causas de retenção de urina, porém não nos alongaremos mais, já para não exagerar os limites d'este trabalho, como porque precisamos entrar no ponto mais importante do assumpto, isto é, no tratamento da retenção.

PROGNOSTICO

Varia consideravelmente não só quanto á fórma da retenção, como tambem quanto á causa que a produzio.

Uma retenção completa, revestida de certas condições, exigindo a intervenção prompta do cirurgião, é sem duvida grave, e o doente está votado a uma morte certa se se der uma ruptura, aliás rara, da bexiga.

A retenção incompleta pode durar muito tempo, e o individuo voltar a uma saude completa, como no caso já citado do Dr. Baillarger, entretanto elle não está indemne de todo o perigo, porquanto pode a retenção tornar-se completa, ou acarretar desordens mais ou menos profundas para os outros órgãos da economia. Ha mesmo casos d'estas retenções, em que o gráo de depauperamento, de verdadeira cachexia urinosa, collocam o doente sob um prognostico muito serio, e por outro lado ha factos, em que a introduccão da sonda uma ou mais vezes, é sufficiente para cural-os.

Quando a causa productora do mal puder ser removida mais ou menos facilmente, infere-se que elle é menos grave do que no caso contrario.

Influem ainda muito no juizo prognostico os accidentes que

sobrevierem, como infiltrações de urina, fistulas, caminhos falsos, etc., e a maior ou menor gravidade das operações a que se tem de recorrer.

Uma retenção devida ao elemento inflammatorio ou congestivo, é certamente mais favoravel do que quando produzida por uma hypertrophia da prostata.

Em resumo, a retenção é sempre um symptoma de gravidade, prognostico que pode ser attenuado por muitas condições especiaes ao individuo e á molestia, bem como, pelas mesmas razões, pode ser aggravado a ponto de tornar-se fatal.



SEGUNDA PARTE

TRATAMENTO DA RETENÇÃO DE URINA

E' obvio que não temos a pretenção de especificar todos os meios empregados contra a retenção de urina, e ainda menos contra todas as causas que podem produzi-la; seria uma tarefa difficil e talvez mesmo inexequivel, razão pela qual nos limitaremos a expor o que ha de mais importante e usual na pratica.

Em grande numero de casos, a intervenção cirurgica é indispensavel e muitas vezes a unica racional, em outros, entretanto, convem empregar meios medicos, quer como coadjuvantes d'aquella, quer mesmo isoladamente. Nem é possivel traçar uma linha divisoria entre estes dous meios de tratamento, e d'elles conjunctamente fallaremos no correr da exposição.

Como já temos repetido, todo o tratamento deve ser baseado nas causas, porque afastadas estas cessarão as suas consequencias; comtudo muitas vezes teremos de recorrer a operações que, se não atacam verdadeiramente a causa, tem um fim palliativo e permitem depois com mais facilidade actuar sobre ella. São estes os casos urgentes em que a intervenção prompta e energica torna-se obrigada.

Passemos pois a indicar o tratamento, de acordo com as principaes causas expostas.

Quando a retenção é devida a uma causa *dynamica*, e o canal da urethra achar-se desimpedido, é claro que deveremos proceder ao catheterismo evacuador, sendo o tratamento causal, muito variado, antes do dominio medico.

Na *atonía* da bexiga aconselharemos ao doente que urine logo

que sinta necessidade, e, tornando-se preciso, retiraremos a urina com uma sonda de gomma tres ou quatro vezes por dia, collocando assim a tunica muscular na melhor condição para recuperar a sua perfeita contractilidade. O galvanismo, duchas e injeccões frias, tonicos, strychnina, centeio espigado, etc., são nestas circumstancias de valor e só cedem em efficacia ao emprego da electricidade, já usada por Michon e mais tarde por Petrequin, por meio de um excitador no recto e o outro na bexiga contendo urina, ou no hypogastro. Thompson emprega hoje a faradisação, collocando um dos polos nas vertebrae lombares e o outro communicando com um fio metallico introduzido na bexiga, previamente esvaçada, dentro de uma sonda de gomma elastica, sendo a corrente fraca, e durando a sessão 8 á 10 minutos no maximo.

Se a atonia ou paresia da bexiga é consequencia de uma outra molestia, claro está que deveremos affastal-a, sem o que não conseguiríamos debellar o estado paretico do órgão.

E' certamente quando a retenção depende de uma causa mecanica que a intervenção cirurgica torna-se mais commumente necessaria, e reveste toda a sua importancia.

Nos casos de *phimosi*s deveremos praticar a circumcisão, e recorreremos á redução ou ao debridamento se conhecermos a existencia de um *paraphimosi*s. Se a retenção é devida a um corpo qualquer comprimindo a urethra e impedindo a sua dilatação, convem retiral-o se fôr possivel, ou então usar de sondas molles que possam acompanhar os desvios do canal por elles occasionados.

Apezar de não ser muito facil que um *corpo estranho* na urethra produza por si só uma retenção completa, convem extrahil-o, ainda que seja para permittir a pratica do catheterismo. Para isso é de toda a importancia o conhecimento de sua posição: se occupa o collo da bexiga, a parte profunda da urethra, ou a sua parte anterior.

No primeiro caso temos os coagulos sanguineos e os calculos ; é raro que a retenção devida a um coagulo persista por muito tempo, é ordinariamente passageira e muitas vezes cede sem intervenção cirurgica. Deve-se collocar o individuo em decubito dorsal, elevar-lhe um pouco a bacia, porque n'esta posição o

coagulo, obedecendo á lei da gravidade, deixa o orificio vesical e cahe no fundo da bexiga ; a estes meios ajuntaremos o repouso no leito e o uso de bebidas diluentes.

Se ainda assim nada conseguir-se, pode-se introduzir uma sonda e procurar deslocar o corpo estranho, ou então praticar-se uma injeção que muitas vezes ainda é insufficiente, porquanto o coagulo levantado pela agua, que elle deixa passar, torna a cahir fechando de novo o orificio, e n'estes casos ainda poderemos lançar mão da aspiração feita com uma seringa adaptada á extremidade da sonda, processo que Leroy praticou 150 vezes em seis horas, retirando de cada vez a sonda. Civiale procurou mesmo triturar os coagulos com o lithoclasta.

Ha ainda toda a vantagem em dar a mesma posição se a obstrucção é devida a um calculo, o que raramente se observa ; se isto não bastar convem deslocar-o com uma sonda, praticando-se depois a lithotricia.

Quando o calculo se assesta na parte profunda da urethra, não se deve procurar retiral-o e sim intentar a sua introdução na bexiga, para proceder-se depois ao seu esmagamento, e para esse fim usa-se de uma vela grossa de cêra, que impelle o corpo para a cavidade vesical ; se houver difficuldade, substitui-a-hemos por outra fina tambem de cêra, que se procura passar além do obstaculo e é deixada em permanencia durante tres ou quatro dias, após os quaes muitas vezes o calculo cahe por si mesmo na bexiga, por causa da posição em decubito dada ao doente, ou então deixa-se impellir com mais facilidade.

Se porem apezar de todas estas tentativas não se chegar a bom resultado, e a retenção fôr completa, é forçoso recorrer a outros processos, opinando uns pela pinça de Hunter, outros pelo lithotridor urethral e outros ainda pelas incisões urethraes, operações todas mais ou menos perigosas e muitas vezes de consequencias graves, e que devem ser postas em pratica em casos extremos.

A's vezes acontece que o calculo se engasga na região peniana da urethra, e então convem extrahil-o quer com a pinça de Hunter, quer com o lithotridor de Dubowski e de Leroy, quer ainda pela *casa*.

O professor F. Guyon diz ter colhido bons resultados prendendo o corpo entre a colher de uma cureta collocada atraz, e uma vela de cera adiante, constituindo assim uma especie de lithotridor, cujo ramo femea é representado pela cureta e o macho pela vela; accrescenta que, d'este modo, fica o corpo impedido de produzir excoriações na urethra, sobre cuja parede superior deve ser extrahido.

Quando um calculo, por sua pequenez, chega á fossa navicular e ahi se engasga, introduz-se uma sonda canaliculada entre elle e a parede inferior da urethra, e, praticando movimentos de bascula, faz-se-o caminhar ao longo da parede superior; se com esta manobra não pudermos extrahil-o, usaremos de uma pinça ou debridaremos ligeiramente o meato. Em todos os casos é preciso usar de toda a delicadeza e armar-se de grande paciencia.

E' de maior gravidade e exige intervenção mais prompta o calculo que vem se engasgar atraz ou mesmo no orificio de um estreitamento, pois pode sobrevir uma retenção completa, de graves consequencias para o individuo. N'estes casos, procuraremos passar uma sonda entre o calculo e as paredes do canal, e deixal-a em demora para, dilatando o canal, permittir a sahida do corpo estranho e da urina; se isto porem não fôr sufficiente, se a micção não se restabelece francamente, combatter-se-ha o estreitamento pelo meio que se preferir e que o caso indicar.

Se a urethra estiver obliterada por um corpo estranho vindo do exterior, adoptaremos mais ou menos as mesmas regras, sendo ordinariamente elles extrahidos com a pinça de Hunter ou a mesma modificada por Leroy. A intervenção e o instrumento a preferir dependem, entretanto, muito da especie do corpo e das circumstancias occasionaes. Se elle tiver chegado á bexiga praticaremos o esmagamento, quando possivel, ou procuraremos retiral-o inteiro com um dos diversos instrumentos fabricados para esse fim, como os de Leroy, de Robert e Collin, de Mathieu, etc.

O professor Thompson diz que praticou mesmo a operação da talha para extrahir um volumoso fragmento de cêra, cuja consistencia contra-indicava a lithotricia.

A *obliteração do meato* produz ainda uma retenção, e neste caso deveremos recorrer ao bistouri e dilatal-o; o professor Depaul, n'um caso deste genero, constituindo uma causa de dystocia fetal devida á enorme distensão da bexiga, praticou a punção do órgão entre o umbigo e o pubis.

Supponhamos que a retenção é devida a um *traumatismo* da urethra, quer externo, quer interno; n'este ultimo caso, commumente produzido por um catheterismo mal dirigido, é ella determinada pelo elemento congestivo ou inflammatorio, cujo tratamento vamos em breve expor.

Nos casos porem de um traumatismo externo devemos primeiramente indagar da sua séde. Os da porção peniana da urethra são mais frequentes, mas a lesão é ordinariamente pouco pronunciada, comtudo pode alcançar os corpos cavernosos, o que a torna mais grave; a primeira indicação a preencher é introduzir uma sonda para impedir que a urina passe pela ferida, e tratar pelos meios medicos de diminuir a inflammação que apparecer. Quando ha infiltração de urina, é preciso logo fazer incisões, e procurar impedir o mais possivel a formação, aliás rapida e frequente, do estreitamento cicatricial.

As lesões traumaticas da urethra na sua porção perineo-bulbar são mais serias e exigem quasi sempre uma intervenção energica urgente. Nos casos menos graves, a par do tratamento medico, procuraremos introduzir uma sonda curva cuja extremidade percorrerá a parede superior do canal, menos vezes lesada; alguns dão preferencia á uma sonda flexivel, que nos parece menos accetavel, porquanto a sua extremidade pode insinuar-se facilmente na solução de continuidade e occasionar um falso caminho, divergindo ainda as opiniões sobre a conveniencia de deixal-a ou não em permanencia.

Nos casos porem em que o catheterismo não fôr possivel, recorreremos á punção vesical, principalmente hoje que dispomos do trocater aspirador de Dieulafoy, exceptuando sempre os casos em que houver infiltração urinosa, que obrigará á praticarem-se largas incisões; entretanto, talvez seja mesmo preferivel praticar-se logo a urethrotomia externa sem conductor, introduzindo-se

então uma sonda na urethra que, conforme Guyon, não será difficil de achar-se n'estas condições.

Vejamos quaes os meios aconselhados nos casos de retenção de urina de causa *inflammatoria*, *congestiva* ou *spasmodica*. Sendo ellas ordinariamente passageiras cedem a algumas applicações medicas, e o professor Guyon prefere-as ao catheterismo ; assim prescreve as bebidas diluentes, os clysteres emollientes, os morphinados, as injeccões hypodermicas de morphina, as cataplasmas, os banhos e principalmente o opio, e accrescenta que, mesmo nos casos em que se tenha de introduzir uma sonda evacuatora, não convem desprezar os recursos medicos. Havendo porem uma prostatite franca, diz elle que deve-se logo usar do catheter como meio palliativo, procurando-se ao mesmo tempo combatter a *inflammiação*.

O professor Thompson, julgando que a retenção de causa *inflammatoria* é quasi senão sempre devida á uma prostatite, opina que não se deve confiar muito nos meios medicos, attendendo a que a sua morosidade de acção, colloca o individuo na imminencia de uma atonia vesical por superdistensão das paredes da bexiga, e aconselha, sem mesmo receiar as excoriações que se possam dar, que se recorra logo ao emprego de uma sonda de gomma, correspondente ao n. 14 da escala franceza, á qual se dá uma curvatura necessaria para poder passar sobre uma prostata augmentada de volume, podendo-se ainda empregar uma sonda olivar ou uma cotovellada.

Entretanto, diz elle, se o obstaculo não fôr vencido pelo catheter introduzido com brandura e delicadeza, deve-se prescrever um banho quente, cuja temperatura não seja inferior a 38°,8 ou 40°, e que tem por effeito diminuir a congestão local, enchendo os vasos da pelle e determinando transpiração abundante ; se ainda não fôr sufficiente deve-se retirar o doente do banho, agasalhar-o bem e prescrever-lhe ao mesmo tempo 25 a 30 gottas de tinctura sedativa de opio, e 30 a 40 em clysteres, sendo esta medicação de inexcedivel valor para Skey, em taes casos. Accrescenta que, se tratar-se de um individuo moço e vigoroso, podem-se applicar ao perineo ventosas, que elle julga de utilidade e preferivel ás sanguesugas.

Ordinariamente quando este tratamento por si só não é sufficiente para que seja expellida a urina, permite que a sonda possa ser introduzida mais facilmente.

Examinando attentamente as opiniões de tão illustrados praticos, á primeira vista discordes, vemos que isso depende da séde e origem que elles assignalam a essas causas de retenção, porquanto já vimos que tambem Guyon aconselha logo o catheterismo, nos casos de prostatite franca, unica séde e causa, para Thompson, d'estes estados inflammatorios.

Nós porem, que não nos inclinamos para o exclusivismo de Thompson, concordamos com o illustre cirurgião francez, e de acordo com elle procederemos, excepto se houver razões para desconfiar-se da integridade das paredes vesicaes, o que nos obrigará a recorrer logo ao catheterismo, com receio da possibilidade de dar-se algum accidente mais serio e desagradavel, pelo estado de distensão exagerada do orgão. Não deixaremos tambem de seguir o conselho de nosso illustrado mestre o Conselheiro Saboia, de demorar por algum tempo a sonda de encontro ao obstaculo que a impede de passar, processo que em muitos casos dá bom resultado.

Reconhecendo-se a existencia de fluctuação, deve-se abrir o abcesso pelo recto, tendo-se todo o cuidado em não ferir uma das arterias hemorrhoidarias, que tornam-se n'esses casos excessivamente turgidas e apresentam batimentos comparaveis aos da radial. Para isso imitaremos Guyon que aconselha collocar o indicador esquerdo, que serve de conductor, em um ponto onde não sinta pulsações, e, levando ao longo d'elle um bistouri commum, com a lamina envolvida em fio e cuja ponta é protegida por uma bola de cêra, forceja-se sobre elle que, atravessando a cêra, perfura a parede do abcesso. Em alguns casos, quando a collecção purulenta faz saliencia para a urethra, a simples introdução do catheter a rompe, escoando-se o pus pelo canal.

Uma das causas mais communs de retenção de urina é certamente o *estreitamento organico* da urethra. Sem fallar das demoras de micção, verdadeiras retenções passageiras podendo durar dez minutos, um quarto de hora, e até mesmo uma hora, e que

causam bastante susto ao individuo, mas sobre as quaes ordinariamente o cirurgião não é consultado, os estreitamentos da urethra dão logar a retenções completas e incompletas.

Quasi sempre as retenções completas são occasionadas por um desvio de regimen, ou outra qualquer causa, incluindo mesmo o proprio catheterismo, que pode trazer um estado congestivo, inflammatorio ou spasmodico no canal estreitado. Alem d'essa causa, nos estreitamentos cicatriciaes de origem traumatica, uma obliteração completa, aliás rara, no ponto coarctado causará a retenção absoluta.

O professor F. Guyon, attendendo á frequencia d'aquellas retenções, e conhecedor de sua pathogenia, acerca-se do leito do doente com toda a calma e confiança no tratamento medico que institue, e que acha ser as mais das vezes sufficiente. O opio, os banhos, as cataplasmas, os clysteres simples, laudanizados ou mesmo purgativos, se houver necessidade, são meios, para elle, superiores ao chloral, ao chloroformio e mesmo ás sanguesugas, que não deixam comtudo de ser bem indicadas em certos casos. Acrescenta, entretanto, que na pratica ter-se-ha muitas vezes de recorrer aos meios cirurgicos para esvasiar a bexiga.

O professor Thompson, depois de ter reconhecido a séde e o estado do estreitamento, procura logo atravessal-o com uma sonda, o que não sendo mesmo possivel, pode provocar a sahida de alguma urina, depois de se ter feito uma ligeira pressão continua sobre o limite anterior da coarctação. Se o ensaio fôr infructifero, colloca o doente em um banho quente e ahi procura de novo passar a sonda, prescreve doses elevadas de opio, e applica ventosas se o individuo é moço e vigoroso. Como quasi todos os cirurgiões inglezes, deposita elle uma grande confiança na anesthesia chloroformica, sob cuja acção o individuo muitas vezes urina expontaneamente, e, quando não, fica impedido de exercer esforços de resistencia que sóe provocar a presença do catheter.

A' vista de um caso de retenção completa de urina devida a um estreitamento organico da urethra, não nos limitariamos a esperar pelos effeitos demorados das prescripções medicas, que consideramos auxiliares do catheterismo; tomariamos um ins-

trumento flexivel e procuraríamos brandamente fazel-o transpor a parte estreitada. Não sendo possível a sua introduccão, o demonstraríamos por algum tempo de encontro á coarctação, isto é, praticaríamos o que Guyon chama *catheterismo apoiado*, que muitas vezes é seguido de bom exito. Poder-se-hia ainda recorrer ao catheterismo em feixe, ás velas entortilhadas, etc., mas o que convem é não deixar escoar-se muito tempo, á vista dos perigos a que está exposto o doente, e torna-se forçoso utilizar outros meios mais energicos.

Devemos entretanto estar prevenidos que ha casos em que o cirurgião, cansado de lutar, já pensa em empregar esses meios, quando consegue com prazer vencer o obstaculo com uma vela capillar, como aconteceu ao nosso illustrado mestre o Conselheiro Saboia, n'um facto referido em sua *Clinica cirurgica*.

Attendendo a isso é que cirurgiões distinctos affirmam que, á força de paciencia e perseverança, consegue-se sempre passar uma vela; mas, durante quanto tempo deveremos lutar? Phillips gastou 18 horas de tentativas repartidas por seis dias, praso que pode ser funesto ao doente e que nem sempre preserva-o de uma outra operação, como aconteceu ao mesmo pratico e ao illustre Nélaton, e que é reconhecido por Vidal, Maisonneuve, Ricord e muitos outros.

Julgamos pois que não é prudente ir alem de certos limites, cujo maximo não se pode bem estabelecer, porquanto é dependente de muitas circumstancias individuaes.

Alguns dizem que, emquanto não houver o apparecimento de symptomas geraes graves, pouco importa indagar do gráo de distensão da bexiga por causa de sua grande tolerancia e da rari-
dade de sua ruptura; mas se mesmo fosse acceitavel uma tal opinião, não se deve esquecer que não é só este accidente que deveremos receiar e prevenir, e sim tambem as rupturas urethraes, as infiltrações de urina e principalmente os effeitos sobre os ureteres e os rins, cuja gravidade já fizemos transparecer.

Considerando todos esses perigos, convem recorrer a uma operação que alivie o doente de seus soffrimentos e que mais ou menos previna essas consequencias, sem jamais esquecer de

attender ao tempo que dura a retenção, ao estado geral do individuo, ao pulso, á idade, á sua receptividade para medicamentos, ao estado de integridade dos rins, ás dores abdominaes, ao delirio, ás tentativas anteriores de catheterismo, etc., condições estas todas de grande valor e que decidem ou não o pratico a actuar mais promptamente.

D'aqui conclue-se que, depois de termos procurado ultrapassar o estreitamento, ainda que seja com uma pequena vela filiforme, condição que permittirá abraçar um dos diversos processos de seu tratamento, e que escoando-se o tempo de espera, e tendo em consideração os accidentes mais ou menos graves que podem sobrevir, formos obrigados a abrir uma passagem á urina, devemos recorrer a um dos meios para isso aconselhados e em cuja apreciação vamos entrar.

A' nossa disposição temos: diversos processos de *dilatação forçada*, as *cauterizações*, as *incisões na urethra* e a *puncção da bexiga*.

DILATAÇÃO FORÇADA No seu *Tratado pratico das molestias das vias urinarias* o professor Thompson diz, fallando do catheterismo forçado: «*quanto mais depressa se banir da lista das operações chirurgicas um processo tão barbaro, tanto melhor para a arte da cirurgia*».

Muitos outros auctores modernos abundam nas mesmas idéas e apresentam razões tão cabaes e persuasivas que, no caso de que tratamos, não recorreremos a elle, e apesar de o terem feito alguns praticos distinctos, apesar dos esforços de Mayor de Lausanne com as suas seis sondas de estanho, o catheterismo forçado de Desault e Boyer tem cahido em desuso, visto os accidentes que podem sobrevir para a urethra com o emprego de taes meios, que não primam pela delicadeza e brandura. O mesmo diremos das injeccões forçadas de Amussat, e dos diversos modos de puncção do estreitamento praticados por Wyterhoven, Rizolli e outros.

E' força confessar que alguns desses processos serviram com-tudo de ponto de partida para o fabrico de diversos instrumentos, ainda hoje muito empregados na cura dos estreitamentos organicos, como seja o divulsor de Léon Lefort.

E mesmo entre nós alguns praticos, aliás de reconhecida capacidade scientifica, como o Conselheiro Pertence, são apologistas do catheterismo forçado, em contraposição á opinião do illustrado Sr. Dr. Pereira Guimarães, que o admite apenas em casos rarissimos.

A CAUTERISAÇÃO é o methodo mais antigo de tratamento dos estreitamentos da urethra e foi empregado por homens eminentes da sciencia; consiste em levar substancias causticas ao interior ou á parede anterior da coarctação, caso este que poderia ser utilizado quando se tivesse de debellar uma retenção completa de urina de uma tal origem. Hoje, porém, acha-se completamente abandonado por causa dos inconvenientes que provoca, entre elles as cicatrizes retracteis muito mais rebeldes aos meios de cura.

Ha, entretanto, actualmente, um outro processo de cauterisação praticada com o galvano-caustico-chimico, a que se deu o nome de electrolyse, e que, imaginado por Crussel, na Russia, preconizado por Ciniselli, de Cremona, e outros, tem tido alguns partidarios entre nós. Apesar das vantagens apregoadas por seus propugnadores, a electrolyse não é acceita pela generalidade dos nossos cirurgiões, e o Conselheiro Saboia empregou-a sem resultado. Actualmente discute-se esta questão na Academia Imperial de Medicina, onde o Dr. Fort, um dos seus mais entusiastas apologistas, declarou que em perto de 300 casos por elle operados apenas sete se reproduziram.

Depende, pois, ainda de estudos mais acurados e de observações mais minuciosas, e por enquanto não estamos longe de concordar com o Sr. Dr. Pereira Guimarães, que diz que tal meio não merece confiança.

D'entre todos os processos relativos ao methodo das INSISÕES NA URETHRA, os unicos que nos poderiam servir para o caso que flguramos são a urethrotomia externa sem conductor, chamada de Sedillot, e a operação da *casa*, na accepção em que deve ser hoje tomada.

A primeira vista parece que n'um caso de retenção completa de urina, em que foi impossivel fazer passar o instrumento o mais delgado, haveria vantagem em praticar-se a urethrotomia sem con-

ductor, porquanto não só dar-se-hia livre sahida ao liquido urinario, satisfazendo a indicação urgente, como tambem porque combatter-se-hia ao mesmo tempo a causa de sua retenção; entretanto esta operação é cheia de perigos e difficuldades, e muitas vezes é mesmo impossivel seguir o canal, podendo-se ser desviado de sua direcção, acontecendo não introduzir a sonda na bexiga. O professor Thompson cita um caso em que um cirurgião, julgando ter levado a sonda á cavidade vesical, reconheceu depois da morte do individuo, que teve logar algumas horas depois da operação, que o instrumento tendo perfurado a urethra se achava entre a bexiga e a symphyse pubiana.

Nós só a empregariamos depois de ter ensaiado inutilmente todos os meios para atravessar o estreitamento, isto é, quando reconhecessemos a sua completa impermeabilidade. Demais as obliterações completas da urethra são raras, e por isso ha sempre a esperança de, mais tarde ou mais cedo, conseguir-se introduzir um sonda na bexiga.

Quanto á operação da *casa*, isto é, uma incisão praticada de fóra para dentro sobre o canal da urethra e atraz do estreitamento, tem ella sido desde muito tempo praticada para obviar aos accidentes de uma retenção completa de urina, e é em ultima analyse uma verdadeira punctão da urethra pelo perineo. Esta operação está hoje abandonada, e de facto, se é possivel não é facil achar a urethra atraz da coarctação, fazem-se ás vezes diversas incisões sem cahir no canal, e esta larga brecha feita quasi ao acaso deve ser considerada um recurso extremo, apenas indicado quando meios de maior segurança tiveram fallhado ou forem inaceitaveis. Sedillot considerava-a a operação mais difficil da cirurgia, e não podemos deixar de dar-lhe alguma razão, quando consideramos o estado de endurecimento em que se podem encontrar os tecidos, as mudanças de relações causadas por cicatrizes, e onde o menor desvio do bistouri pode trazer uma hemorragia mais ou menos grave, que aliás poderá ser combattida introduzindo-se, quando possivel, uma sonda na bexiga, e praticando-se o tamponamento de todas as feridas do perineo.

Quando, porém, a retenção vier acompanhada de infiltração

de urina, então, concordando com H. Guyon, torna-se preciso incisar e não sondar.

PUNCÇÃO DA BEXIGA.— Todos os methodos operatorios que temos examinado, excepto a operação da casa que em alguns casos pode tambem servir para preencher esse fim, ao mesmo tempo que satisfazem a indicação de urgencia, esvasiando a bexiga, combattem tambem a causa de sua repleção.

Mas, se, em principio, se deve sempre preferir a via urethral, na pratica, como acabamos de ver, nem sempre isto é possível, e assim recorrem-se a meios mais simples e mais ao alcance de todos, constituídos pelos diversos processos de punção da bexiga. Ella faz ganhar tempo, diz Philipps, muda as condições do doente que, não soffrendo mais, pode mais calmamente supportar manobras que consigam vencer o obstaculo até então infranqueavel.

Por diversos logares tem sido praticada esta punção: pelo perineo, pelo recto, acima do pubis, e atravez a symphise pubiana.

A punção perineal está abandonada; com effeito é muito mais grave do que as outras, expõe-se a ferir os vasos e nervos do perineo e outros órgãos importantes, como mesmo nem sempre se chega á bexiga, o que já tem acontecido; alem disso a posição da canula, que ali se tiver de deixar em permanencia, traz muitos incommodos e embaraços ao doente.

A punção pelo recto, de data muito mais recente do que a punção perineal, é ainda hoje empregada por cirurgiões distinctos, asseverando Thompson que « é o expediente mais simples e menos perigoso na maior parte das circumstancias em que é necessario praticar uma abertura na bexiga », e sempre a emprega se o caso o exige, excepto quando, pelo exame rectal, não se encontrar fluctuação, o que indica ou extrema retracção da bexiga ou um augmento consideravel da prostata.

Em 40 casos observados por Cock houve apenas sete ou oito mortes, nenhuma das quaes, para aquelle cirurgião, pode ser attribuida a algum dos accidentes a que está sujeita essa operação. Entretanto, ella pode dar logar a abcessos, á infiltração de urina,

á perfuração da prostata, além dos inconvenientes e incommodos que traz a permanencia da canula, que muitas vezes provoca fortes tenesmos, e expõe á uma fistula vesico-rectal, accidente que Hamilton e Hunter procuraram evitar, aconselhando não deixal-a em demora, mas punccionando-se tantas vezes quantas fossem necessarias.

Achamos que os inconvenientes apontados, e a existencia de meios menos desvantajosos, são razões sufficientes para que não pratiquemos tal operação senão no caso de estar a bexiga retrahida e adherente atraz do pubis, sem deixar de fazer proeminencia para o lado do recto.

A punção hypogastrica é ainda hoje preferida por alguns praticos, e em geral leva vantagem aos methodos expostos. Entretanto, está tambem sujeita a accidentes mais ou menos graves, como : a inflammção das paredes do ventre, muitas com formação de abcessos, a infiltração de urina, a perfuração da prostata quando praticada com o trocater curvo, e além d'isso pode trazer fistulas e adherencias da bexiga á parede abdominal, exigindo, para ser praticada, que a bexiga esteja elevada no hypogastro, o que nem sempre se dá.

Os auctores ainda divergem sobre a gravidade de tal operação, e Pouliot e Mondière apresentaram estatisticas bastante lisongeiras ; contudo nós só a empregariamos nos casos rarissimos em que, baldados todos os esforços, fossemos obrigados a deixar uma canula em demora.

Nada diremos a respeito da punção atravez a symphise, nem da subpubiana, pois são operações pouco empregadas ou mesmo absolutamente desusadas, e passiveis de muitos dos accidentes enumerados. O professor Thompson praticou a primeira em um velho, e não conseguiu penetrar na bexiga por ter-se embotado a ponta do trocater ao atravessar o osso, o que elle reconheceu experimentando depois no cadaver. Quanto á segunda, imaginada por Voillemier, apezar de algumas vantagens preconisadas por seu auctor, como a de não se poder ferir o peritoneo, exige uma mão exercitada para pratical-a, pode ferir a prostata quando muito augmentada de volume, e lesar o plexo de Santorini.

Ultimamente tem-se começado a empregar n'estes casos a punção superpubiana com um trocater capillar e a aspiração, quer com o aparelho de Potain, quer com o de Dieulafoy. A sua innocuidade foi posta em evidencia pelo Dr. Wattelet, e Dieulafoy reuniu 20 observações de retenção de urina tratadas por este processo.

Esta punção apresenta todas as vantagens das outras, sem incorrer nos mesmos inconvenientes. Não produz dôr, apressa a resolução do estado inflammatorio e congestivo, o que permite muitas vezes a sahida espontanea da urina ou a introducção de uma sonda evacuadora, o manual operatorio é facilimo, e a pequena solução de continuidade da bexiga praticada pela agulha capillar é completamente inoffensiva, razão pela qual, se houver necessidade, poderemos repetil-a muitas vezes em 24 horas e em dias seguidos.

Em um caso do professor Guyon, consignado na importante these do Dr. Wattelet, a punção capillar foi praticada 23 vezes em oito dias em um individuo victima de uma retenção completa, causada por uma hypertrophia da prostata e estreitamentos multiplos, restabelecendo-se depois a micção; tendo fallecido o doente, alguns dias depois, por cachexia urinosa, reconheceu-se a perfeita integridade das partes por onde a agulha tinha atravessado. O Dr. Bergonier, de Rambouillet (citado por Guyon), em um doente de hypertrophia da prostata com retenção completa, praticou, em 21 dias, 28 punções capillares sem o menor accidente, e reaparecendo depois a micção espontaneamente. E a operação é tanto mais bem indicada quanto auctorisa sempre a esperanza de conseguir-se depois passar uma sonda, o que até então era impossivel.

Entretanto a punção capillar é apenas um meio palliativo e que o cirurgião nem sempre poderá empregar por um tempo indeterminado; na grande maioria dos casos após ella, ainda que muitas vezes repetida, conseguir-se-ha passar uma vela mesmo filiforme, e permittir tratar o estreitamento pelo meio que se preferir, mas, no caso contrario, aliás muito raro, resta-nos o unico recurso de praticar a urethrotomia externa sem conductor, ou a

operação da casa, cortando-se então o estreitamento de traz para diante.

Recapitulando diremos que, n'um caso de retenção completa de urina devida a um estreitamento organico da urethra, o nosso modo de proceder seria o seguinte : a par do tratamento medico já indicado, procuraríamos passar um catheter evacuador, mesmo muito delgado ; se não o conseguissemos, fariamos o catheterismo apoiado de Guyon, tambem aconselhado pelo Conselheiro Saboia, empregariamos mesmo o catheterismo em feixe, as velas entor-tilhadas de Leroy d'Etiolles, e se, apesar de todas as tentativas feitas, e envidados todos os esforços, não conseguissemos vencer a coarctação urethral, recorreríamos á punção capillar e á aspiração com o aparelho de Dieulafoy.

Quando o estreitamento organico produz uma retenção incompleta de urina, isto é, quando, apesar do doente urinar, não consegue esvasiar a bexiga, o tratamento a instituir se refere á propria coarctação, combatendo-se ao mesmo tempo as más consequências que tenha provocado, e que ordinariamente cedem depois de afastada a sua causa. Não nos sendo possivel tratar aqui de todos os numerosos e variados processos que têm sido empregados para curar um estreitamento organico da urethra, traçaremos apenas rapidamente o modo de proceder nos casos mais communs.

Reconhecida a existencia do estreitamento e indagada a sua séde e calibre, o pratico escolherá um dos meios cirurgicos á sua disposição e que podem todos se referir a tres methodos principaes : a *dilatação*, a *cuteirização* e a *incisão*.

A *dilatação* é o tratamento fundamental e o que deve ser, de um modo geral, preferido, recorrendo-se a outro quando impror-ficuo ou contraindicado. Pode ser vital ou permanente, progressiva, brusca ou forçada, e instantanea ou divulsão, sendo as mais empregadas a progressiva e a divulsão.

Todas as vezes que o estreitamento for pouco antigo, pouco irritavel, facilmente dilatavel, e que não haja alguma affecção para os outros órgãos urinarios, estando o individuo em condições favoraveis, recorreremos á dilatação progressiva com as velas fle-

xiveis, que menos accidentes costumam provocar. Desde que se tenha introduzido uma vela de calibre médio, ha vantagem em continuar-se o tratamento com os catheteres de Beniqué, não abandonando-se o doente antes de ir até o numero 42, sendo mesmo conveniente depois introduzir, com intervallos de dias, uma sonda numero 18 ou 20 da escala franceza.

Se o estreitamento não tiver as condições indicadas, isto é, se o canal é irritavel, se ha complicação para o lado da bexiga ou dos rins, se a introdução da vela provocar accidentes mais ou menos serios, se, finalmente, o estreitamento for muito retractil e as condições individuaes não forem lisongeiras, convem abandonar a dilatação e recorrer a outro meio mais rapido e energico.

A divulsão, praticada com o instrumento de Léon Lefort, apresenta vantagens e pode ser empregada em certas circumstancias. Accresce que n'este processo, como bem recommenda o seu auctor, não se deve introduzir o catheter mais volumoso quando o estreitamento for muito resistente, e deve-se, como diz o conselheiro Saboia, ir mergulhando-o pouco a pouco na urethra. E' um meio rapido e pouco doloroso, mas, como em toda a dilatação, e mais do que a urethrotomia interna, exige que se entretenha o calibre da urethra com a passagem de sondas. Entretanto parece-nos que poderá ser empregada nos estreitamentos pouco extensos e isentos de complicações.

Dos processos de *cauterisação*, o unico que hoje é empregado é a *electrolyse*, praticada com o galvano-caustico-chimico. Como já tivemos occasião de dizer, apesar dos magnificos resultados apregoados por seus propugnadores, a maioria dos cirurgiões o repelle de sua pratica, por parecer expor muito ás recahidas, dependendo ainda de estudos mais acurados e de observações mais numerosas a sua acceitação ou completa rejeição.

A *incisão* comprehende a urethrotomia externa, com ou sem conductor, e a urethrotomia interna.

São rariissimos os casos em que seremos obrigados a praticar a urethrotomia externa com conductor, e cirurgiões illustres, de clinica numerosa, poucas vezes tem recorrido a ella; sentimos, entretanto, não concordar com o Sr. Dr. Pereira Guimarães que

a não admitte, e abraçamos a opinião do Conselheiro Saboia e de Thompson que a praticam nos estreitamentos antigos e rebeldes, complicados de numerosas fistulas com endurecimento consideravel e extenso dos tecidos circumvisinhos, ou quando se dá retenção de urina por dilaceração da urethra com infiltração urinosa.

Quanto á urethrotomia externa sem conductor é uma operação perigosa, de difficil execução e muito raramente indicada, aconselhada e praticada para combater um estreitamento, nos casos em que, depois de intentados todos os recursos, não se consegue ultrapassar a coarctação com um instrumento o mais delgado.

Exceptuados os casos que figurámos, pouco frequentes e excepcionaes, é pois á urethrotomia interna que, de preferencia e quasi sempre, se emprega na maioria dos casos de estreitamento organico da urethra.

De todos os instrumentos para esse fim fabricados, o que nos parece preferivel é o urethrotomo de Maisonneuve, e por isso julgamos que não será descabido aqui traçar rapidamente o modo de proceder com esse instrumento.

Introduzida na bexiga a velinha conductora, segundo as regras do catheterismo com as sondas flexiveis, atarracha-se o parafuso do catheter na rosca do cylindro metallico da extremidade da vela, tendo-se a precaução de fixal-a solidamente para não ficar na bexiga; introduz-se cautelosamente o catheter, que vai impellindo a velinha até a cavidade vesical onde enrosca-se sobre si mesma. Distende-se o penis sobre o catheter e, depois de bem fixal-o, introduz-se com delicadeza o urethrotomo até o ponto estreitado, que é seccionado; retira-se a lamina com o mesmo cuidado e na mesma direcção em que foi introduzida, e livrando então a urethra de todo o apparelho instrumental, passa-se uma sonda de gomma elastica que fica em permanencia, durante o tempo que o operador julgar conveniente.

Geralmente a operação corre sem difficuldades; entretanto ás vezes a vela é agarrada pelo estreitamento e não poderá ser levada á bexiga, e n'esse caso deve-se ali deixal-a por espaço de uma, duas, tres e mais horas até que ella comsiga passar; o mesmo pode dar-se em relação ao catheter, e o cirurgião, sem se

impacientar, esperará o tempo que julgar necessario, podendo recorrer ao chloroformio nos casos de muita difficuldade.

Como vimos, logo depois de praticada a operação, costuma-se passar na urethra uma sonda de gomma elastica, que o Dr. Pereira Guimarães, Maisonneuve, Thompson e muitos outros aconselham deixar ficar em permanencia durante 24 a 48 horas ; o Conselheiro Saboia apenas a demora alguns minutos, para apreciar o diametro que a urethra adquirio, e o Dr. Antonio Maria Barbosa, cirurgião em Lisboa, afastando-se de todos, nem a emprega. Os primeiros sustentam que a principal vantagem da sonda é prevenir o contacto da urina com a ferida recente, e assim collocar o doente ao abrigo da intoxicação urinosa ; os ultimos, porém, affirmam que a presença demorada da sonda provoca ordinariamente um trabalho inflammatorio consecutivo á irritação do canal.

Parece-nos prudente conservar a sonda pelo menos por espaço de 24 horas, mantendo-a aberta ou arrolhada, havendo n'este caso o cuidado de esvasiar a bexiga diversas vezes. Retirada a sonda, torna-se conveniente introduzir sondas de diametro progressivo e gradual, havendo mesmo depois vantagens no emprego dos catheteres de Beniqué até o numero 42 ou 45.

A urethrotomia interna é hoje o processo mais empregado e as suas indicações são numerosas. Nos individuos em que a simples introdução de uma sonda é sufficiente para produzir calefrio seguido de febre, o que o colloca em condições desfavoraveis, e nos estreitamentos que produzem retenção de urina, desde que se consiga introduzir uma vela conductora, a operação é indicada, e quando ha fistulas é ella ainda preferivel á dilatação, que exige mais tempo, durante o qual a urina continua a passar pelo trajecto fistuloso, difficultando a sua cicatrização.

Depois da rapida descripção que acabamos de fazer, é preciso dizer que, principalmente n'esta questão, como em muitas outras, não se pode estabelecer de antemão uma regra invariavel, e só a pratica do cirurgião poderá presidir a escolha d'este ou d'aquelle processo de tratamento dos estreitamentos, que tanto variam, quer por circumstancias inherentes ao individuo, quer por condições meramente occasionaes e fortuitas.

Nos casos, muito raros, em que a retenção é devida á presença de uma *valvula* ou barreira do collo da bexiga, a primeira indicação é introduzir uma sonda curva, preferindo-se ordinariamente as de Mercier, e isto é, na maioria dos factos, possivel e sufficiente; entretanto, se não o conseguirmos, e a retenção sendo completa exigir o esvaziamento urgente da bexiga, acreditamos perfeitamente bem indicada a punção capillar e a aspiração de Dieulafoy.

Se tivermos, porem, de dirigir especialmente a nossa attenção para a propria causa, é forçoso confessar que, apesar de todos os esforços para se debellar uma tal affecção, os processos operatorios aconselhados não obtiveram ainda inteira sanção da pratica. Assim, a cauterisação acha-se abandonada, e a compressão e a dilatação falham muitas vezes. Foram então fabricados diversos instrumentos para a incisão da valvula, como os de Guthrie, Civiale, Mercier e outros, que não impedem o apparecimento de accidentes desagradaveis e mesmo graves, como o ferimento do verumontanum, dos canaes ejaculadorès, sendo porem o principal a hemorrhagia mais ou menos intensa que pode sobrevir. Mercier, que diz ter operado pelo menos 300 vezes, affirma que este ultimo perigo é menos receiavel com a excisão do que com a incisão, porque aquella esmaga os tecidos, comprovando a sua asserção com 15 casos em que o successo foi quasi completo; dá a preferencia á excisão nas valvulas prostaticas, emquanto que nas musculares acha mais conveniente a incisão.

Parece-nos pois que só deveremos recorrer a este tratamento, nos casos muito raros em que não pudermos melhorar o estado do individuo, recomendando-lhe o cumprimento das regras hygienicas, e esvaziando-lhe a bexiga todas as vezes que fôr necessario.

Para terminar a nossa dissertação, resta-nos tratar unicamente da retenção de urina por causa prostatica, uma vez que omittimos outras causas que sobre serem de nenhuma frequencia, não tem importancia clinica, e cujo estudo excederia os limites d'este pequeno trabalho.

Quando vimos os meios a empregar nas retenções de causa

inflammatoria e congestiva, dissemos o que convinha fazer nos estados puramente inflammatorios da prostata; assim, é reunindo o tratamento medico ao catheterismo que combatemos uma prostatite, abrindo pelo recto ou simplesmente com a sonda urethral, quando possivel, o abcesso que se tiver formado n'aquella glandula.

Falta-nos expor os recursos therapeuticos que são indicados nas retenções devidas á *hypertrophia* do orgão.

Como em outras causas, a hypertrophia da prostata pode dar lugar a uma retenção completa ou incompleta de urina e d'ellas trataremos separadamente; mas como não se tem podido até hoje debellar a causa da retenção, apesar dos meios aconselhados e que passaremos rapidamente em revista, quando tratarmos da retenção incompleta diremos o que convem então fazer.

Não é só devida ao augmento hypertrophico e grande desenvolvimento do orgão que sobrevem uma retenção completa, e ordinariamente ella é devida á complicação do elemento congestivo ou inflammatorio, occasionada por um desvio de regimen ou infracção de regras hygienicas. A primeira indicação é pois afastar quanto possivel esta complicação, recorrendo-se a prescripções medicas, banhos, opio, etc., como meios preparadores ou coadjuvantes do catheterismo que, na grande maioria dos casos, é o primeiro senão o unico recurso a empregar. E' rarissimo que não se chegue ao fim desejado quando praticado convenientemente, e outras circumstancias o não impedem.

Os auctores divergem quanto á especie da sonda que deve ser empregada, usando uns invariavelmente dos instrumentos metallicos, e outros dos flexiveis; Thompson, Guyon, e com elles a generalidade dos clinicos modernos não empregam as sondas rijas a nao ser em casos excepcionaes, quando não conseguem o seu intento com os outros instrumentos.

A fórma do obstaculo que temos de ultrapassar nos indica claramente que convem recorrer aos instrumentos curvos, havendo entretanto casos em que a evacuação da urina pode tambem ser feita com os rectos.

São os instrumentos de gomma-elastica curvos ou cotovel-

lados, de diametro correspondente ao dos ns. 16 ou 17 da escala de Charrière, que ordinariamente são preferidos e que preenchem quasi sempre as necessidades clinicas. O professor Thompson aconselha que é conveniente tel-os por muito tempo sobre um mandarin de grande curvatura, com o qual não deve n ser introduzidos, mas cuja principal vantagem consiste na tendencia que conserva de augmentar a curvatura em consequencia do calor da urethra, e não perdela, como acontece quando não houve esta previa preparação : antes de sua introdução convem não esquecer de curvar para traz fortemente o pavilhão afim de facilitar a sua passagem.

O mesmo auctor acha tambem de alguma vantagem a sonda ingleza ordinaria de gomma, pela propriedade que tem de tomar rapidamente a fórma que se deseja quando mergulhada em agua quente, conservando a configuração dada sendo introduzida n'agua fria ; mas, accrescenta que a sua manobra conveniente exige uma certa destreza.

Tem-se ainda empregado outros instrumentos e que tem fornecido em certas occasiões alguns resultados, como as sondas de caoutchouc vulcanizado, as cotovelladas e bicotovelladas de Mercier, as de gomma com mandarin que Guyon prefere nos casos difficeis ás sondas metallicas, que em casos excepçionaes são tambem de utilidade.

Desde que o instrumento evacuator tem sido levado com toda a delicadeza á bexiga, não se deve de modo algum esvasial-a rapida e completamente, porquanto a mudança repentina e brusca das condições em que se achava pode trazer consequencias deploraveis, alem d'isso quando houver grande distensão de suas paredes é de rigor sempre, para retirar a urina, collocar o individuo em decubito para evitir-lhe uma syncope que pode ser mortal. O esvasiamente rapido do órgão pode acarretar-lhe uma congestão, produzir uma transsudação sanguinea que, se não tem em si grande valor, é muitas vezes causa de uma cystite.

Na hypertrophia da prostata a primeira evacuação não é senão a precursora de outras, assim convem saber se ha vantagem em deixar a sonda em permanencia.

Os auctores divergem, opinando uns pela affirmativa e outros pela negativa; julgamos que não só a sonda em demora como o catheterismo repetido tem suas indicações, e não se deve absolutamente ser partidario exclusivo de um ou de outro meio. Em these, pratica-se o catheterismo repetido quando não tiver havido difficuldade na primeira introdução do instrumento evacuador, e no caso contrario ha indicação para deixar-se a sonda, principalmente se tiver sido de gomme.

Ha individuos que tem a prostata muito vascularisada e friavel e, havendo o risco de se praticar um falso caminho, n'este caso ha toda a vantagem em deixar a sonda em permanencia. A's vezes é preferivel substituir a sonda de gomme por uma outra de caoutchouc vulcanisado que, alem da propriedade de não se encrustar de saes calcareos, pela sua flexibilidade permite ao doente alguns exercicios moderados. Nem sempre, porem, é possivel introduzil-a sem mandarin, e alem d'isso acontece ser expellida pela urina, inconveniente que Holt procurou obviar imaginando um par de azas em sua extremidade vesical, o que aliás pode ser uma fonte de irritação. Para conseguir o mesmo fim o Dr. Curtis, de Bolton, serve-se do collodio para tornar mais resistente o cabo do instrumento.

Se apesar dos meios indicados não conseguirmos chegar á bexiga, de que meios deveremos lançar mão para a indicação urgente de retirar a urina? O facto é raro, mas não exclue a sua possibilidade, razão porque corre-nos o dever de estar prevenidos na eventualidade que figuramos. Foi empregada a perfuração do obstaculo, e Lafaye executou-a na pessoa de Astruc que viveu ainda 10 annos, e mais tarde foi tambem praticada por Lenoir, Home, Brodie e Liston. Esta operação não ultrapassa hoje o dominio da historia e ninguem mais a pratica; em condições analogas acha-se tambem a operação da casa aconselhada por alguns auctores antigos.

Em circumstancias taes a unica operação indicada é a punção da bexiga.

Thompson prefere a punção pelo recto desde que o volume da prostata o permite, praticando a punção superpubiana no

caso contrario, ou quando for obrigado a deixar a canula em permanencia.

Actualmente que possuimos o aparelho aspirador de Dieulafoy, é ainda a elle que recorreremos tendo praticado a punctão hypogastrica com um trocater capillar. Já indicamos as suas vantagens e citamos factos de praticos francezes cujos resultados depoem em seu favor.

Em 22 casos apresentados por Pouliot de punctões superpubianas com um trocater commun praticadas por affecções da prostata ou do collo, houve nove mortes das quaes oito devidas á propria punctão, emquanto que em uma estatistica de Dieulafoy de 12 casos de retenção de causa prostatica, em que foi praticada a punctão capillar, não succumbio um só doente, nem mesmo houve o menor accidente, apesar de ter sido repetida em alguns até 11 e 14 vezes.

Comtudo, se depois de muitos dias d'este tratamento não conseguimos introduzir uma sonda, e não podendo o doente estar mais sob as vistas do pratico, é imprescindivel praticar-se como ultimo recurso a punctão hypogastrica, deixando a sonda em demora, operação esta que apesar de seus perigos tem fornecido alguns casos favoraveis, e torna-se aqui necessaria.

Continuando o plano até agora seguido no tratamento da retenção incompleta, isto é, do tratamento causal, devemos percorrer rapidamente os meios empregados para combater a affecção de que nos occupamos. Apesar de grandes esforços, e de investigações as mais bem dirigidas, pode-se dizer, de um modo geral, que não se conhece ainda hoje um meio de debellar a hypertrophia da prostata. Tem sido, entretanto, aconselhados recursos medicos e cirurgicos; o tratamento medico é por emquanto incerto senão inefficaz, comtudo citaremos alguns medicamentos empregados para tal fim.

Um dos mais antigos é a cicuta, pela propriedade que lhe attribuiam, desde Plinio, de « fazer fundir todos os tumores, » John Hunter empregou-a, e pela sua descripção parece ter sido em casos de prostatite, e Coulson tambem prescreveu-a, muitas vezes associada ao iodureto de potassio; mas apesar d'isso, o me-

dicamento ainda não está sancionado pela pratica e carece de observações.

O mercurio foi tambem indicado, e o chlorhydrato de ammoniaco gozou, desde Fischer, de reputação na Allemanha, e Vanaye refere dous casos de successo.

Stafford affirma ter colhido magnificos resultados com o iodo applicado interna e externamente, mas parece antes terem sido casos de prostatite quer simples quer complicando o estado hypertrophico, e numerosos ensaios praticados depois não confirmaram as suas asserções.

Tem-se recorrido ainda a diversas aguas mineraes, principalmente as de Kreuznach, de cujo emprego diz Thompson não ter colhido resultados.

Não ha muitos annos que se tem procurado reduzir o volume da prostata, por meio de correntes electricas ; Tripier, Demarquay e Caudmont, dizem tel-as empregado com successo, mas para isso são precisas numerosas sessões; no caso de Tripier, que o professor Thompson diz ser antes um augmento inflammatorio do órgão consecutivo a uma blennorrhagia, foram praticadas 70 sessões repartidas por seis mezes e meio de tratamento. Não ha pois ainda um meio seguro, e os indicados actuam geralmente contra as complicações sem attingir a molestia.

Por outro lado o tratamento cirurgico não tem sido tambem mais proficuo em resultados.

Foram inventados diversos instrumentos para comprimir o órgão e dilatar o collo ; Leroy, a principio, empregou os metallicos rectos que introduzidos exerciam a compressão e dilatavam o collo fazendo-se uma pressão na sua extremidade externa, porém, reconhecendo a difficuldade de sua introdução, fez fabricar outros curvos, que tornava rectos depois por meio de um mechanismo situado no cabo. Ainda foram usadas sondas bicotovelladas, sondas de gomma curvas tornadas rectas, depois de sua introdução, por meio de um mandarim, e muitos outros instrumentos que não ha necessidade de enumerar. Thompson empregaria a compressão simplesmente com um tubo de caoutchouc dilatado pela agua, porquanto todos os outros meios podem occasionar uma

irritação que não é sufficientemente compensada pelo pouco beneficio que produzem.

Intentou-se ainda praticar incisões no obstaculo que fazia saliencia para o lado do collo, e outras operações como a excisão, o esmagamento, a ligadura, sendo para esse fim fabricados diversos instrumentos como: os incisores de Guthrie, Civiale, Mercier, o excisor e o porta-ligadura de Leroy d'Étiolles, o lithotridor de Jacobson e muitos outros. Estas operações são todas mais ou menos perigosas e de resultados incertos, e por esta razão não as aconselhamos, e nos limitaremos unicamente a palliar os inconvenientes que resultam da stagnação da urina na bexiga.

Vejamos pois qual deve ser o modo de proceder nos casos de retenção incompleta de urina, quando causada pela affecção que estudamos.

A primeira indicação a preencher é a evacuação da urina contida no reservatorio, pelo menos uma ou duas vezes por dia, tornando-se, entretanto, necessario em certos casos que isto se faça mais vezes em 24 horas; e como em tal emergencia nem sempre o cirurgião poderá pessoalmente praticar o catheterismo, é preciso ensinar o doente a sondar-se, o que ordinariamente conseguirá com destreza, guiando-se por suas proprias sensações e pelos conselhos de seu assistente.

E' mais commummente á sonda de gomme que daremos a preferencia, sem deixar de reconhecer as vantagens que em certos casos fornecem as de caoutchouc vulcanizado, bem como as coto-velladas, ou em angulo, muito empregadas pelos cirurgiões francezes.

Sempre que o caso requer, é de necessidade deixar, a principio, a sonda em demora, e o catheterismo deve ser empregado enquanto a micção é acompanhada de esforços laboriosos. Um preceito que nunca convem esquecer é não esvasiar rapida e completamente a bexiga fortemente distendida, afim de prevenir as consequencias graves que podem sobrevir, como a cystite super-aguda, muitas vezes mortal.

Ha casos de retenção chronica incompleta com distensão das paredes vesicaes, que revestem summa gravidade e cuja termina

ção fatal é mesmo muitas vezes apressada pela intervenção cirurgica que, entretanto, torna-se necessaria, porque se não a exercermos, o doente certamente succumbirá, emquanto que restam-lhe com a operação algumas probabilidades de cura, com o se tem observado.

A atonia é uma consequencia que costuma apparecer desde que a bexiga não pode esvasiar-se durante um certo tempo, e as fibras musculares ordinariamente recuperam as suas propriedades depois de algumas sessões de catheterismo, que se forem insufficientes indicam a necessidade de recorrer-se aos meios já estabelecidos quando d'ella fallámos.

Outra complicação, que frequentemente se mostra, é a cystite que muitas vezes cede unicamente ao emprego habitual da sonda; não se obtendo este resultado e o deposito que a acompanha não sendo sanguinolento, é vantajoso praticar-se uma lavagem com agua na temperatura de 37 a 38 grãos; sendo ainda usadas outras injeções emollientes e calmantes como a agua de papoulas, de malvas, etc., feitas uma, duas e mais vezes conforme as circumstancias. Não tem tambem sido abandonadas e infructiferas as injeções adstringentes e acidas em soluções extremamente fracas, de acetato de chumbo, nitrato de prata, acido borico, etc.

Thompson diz que colhe-se resultados com os banhos na temperatura de 38 a 40 grãos ou mesmo mais, nos quaes o doente não deve demorar-se alem de seis a oito minutos.

Quanto ao emprego de medicamentos internamente, ha ainda divergencias sobre o merito de cada um d'elles, tendo sido entretranto empregados muitos com maior ou menor successo, como : a infusão de bucho, a copahyba, a cubeba, a terebenthina, a essencia de sandalo, as stygmas de milho, aguas mineraes, diversos saes, etc.

Nos casos de irritabilidade de bexiga recorreremos aos sedativos e narcoticos, como suppositorios no recto de manteiga de cacão com 10 a 20 centigrammas de extracto de opio, ou tres a seis centigrammas de morphina, a belladonna, o meimendro, a camphora, etc,

A alimentação deve ser nutritiva, mas de facil digestão, e

convem afastar o mais possível o uso dos estimulantes e alcoolicos ; o exercicio moderado, e sobretudo a pé é de grande valor, os resfriamentos, principalmente dos pés, serão evitados, e emfim serão observadas muitas outras regras hygienicas que o pratico indicará.

Procuramos mostrar tanto quanto nos foi possível a linha de conducta nos mais importantes casos de retenção de urina, em que for exigida a nossa intervenção, e finalizando aqui o nosso acanhado trabalho, diremos com o illustre pratico inglez, o professor Thompson, a quem tantas vezes nos referimos, que :

« E' preciso não esquecer que cada caso particular é por si mesmo um problema para cuja solução não se pode traçar anticipadamente uma regra fixa e invariavel, tendo muitas vezes o clinico de contar só com o seu bom senso e os recursos que possui ; esta verdade, reconhecida por todos, é applicada a todos os ramos da cirurgia, mas convem sempre lembral-a quando tivermos de tratar as diversas complicações que podem sobrevir nas molestias das vias urinarias. »



PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Do opio chimico-pharmacologicamente considerado.



I

O opio é o succo concreto do *Papaver somniferum*, planta da da familia das papaveraceas.

II

Das especies de opio que se apresentam no mercado, as principaes são : o de Smyrna, o de Constantinopla e o do Egypto.

III

Seu valor depende da quantidade de morphina que contem.

IV

E' extremamente complexa a sua composição.

V

Para alguns pharmacologistas, nem todos os principios do opio são verdadeiros alcaloides.

VI

Os principaes alcaloides são : a morphina, a codeina, a narcotina e a narceina.

VII

A redução do acido iodico em contacto com a morphina é um bom meio de reconhecel-a.

VIII

Combinada com os acidos fórma saes definidos dos quaes os mais empregados são : o sulfato e o chlorhydrato.

IX

A solubilidade da codeina no ether, a não redução do acido iodico, e a ausencia de coloração azul ao contacto das soluções dos per-saes de ferro, são meios de distinguil-a da morphina.

X

A narceína contrahe com o iodo uma combinação de cor azul, que é destruída pela addição de agua fervendo ou de uma solução alcalina.

XI

A narcotina é solúvel nos oleos fixos e em alguns volateis, e o acido iodico e os per-saes de ferro não tem acção sobre ella.

XII

A producção de um deposito roseo, pela addição de uma solução de sulfo-cyanureto de potassio, distingue a narcotina dos outros alcaloides.

XIII

O opio presta-se a numerosas preparações pharmaceuticas, das quaes as mais usadas são : o extracto gommoso, o Laudano de Sydenham, o xarope diacodio, e o xarope de opio.



CADEIRA DE CLINICA OPHTHALMOLOGICA

Importancia do tratamento antiseptico na cirurgia ocular.

I

O tratamento antiseptico basea-se na doutrina dos germens.

II

Data de pouco tempo o seu emprego em cirurgia ocular.

III

Em ophthalmologia é de grande importancia, pois, em geral, põe o globo ocular ao abrigo da infecção.

IV

Os resultados colhidos entre nós confirmam o que dissemos.

V

As estatisticas estrangeiras consignam igualmente suas vantagens.

VI

Da escolha do germicida a empregar muito depende o seu resultado.

VII

Devem ser banidos todos os antisepticos em doses irritantes.

VIII

De todas as substancias empregadas, a que mais vantagens tem offerecido é o iodoformio.

IX

O acido borico, o acido phenico em fraca proporção, o acido salicylico e a resorcina, são tambem utilizados.

X

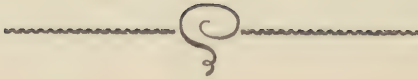
Mesmo fóra da intervenção cirurgica os antisepticos são usados em ophthalmologia.

XI

Assim é que o hypopion keratitis cede quasi sempre ao emprego do iodoformio.

XII

Como meio prophylatico, e sempre que houver infecção manifesta, o seu emprego é indicado.



CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Hypohemia intertropical.

I

A hypohemia intertropical é uma anemia propria dos climas quentes.

II

Sua causa determinante é o anchylostomo duodenal.

III

Encontra-se este nematoide em aguas empoçadas dos paizes intertropicaes.

IV

E' no intestino delgado que elles fazem sua principal séde de acção.

V

Actuam depauperando o sangue e impedindo a sua reconstruição.

VI

A perversão do gosto é um symptoma frequente n'esta molestia.

VII

Sua marcha é chronica e progressiva.

VIII

O prognostico é, em geral, favoravel.

IX

Torna-se mais grave quando em estado adiantado ou complicada de tuberculose pulmonar, lesão organica do coração, etc.

X

Seu tratamento é prophylatico ou hygienico, e curativo.

XI

Deve ser tratada pelos vermicidas e tónicos.

XII

O leite de Jaracatiá e o de gamelleira satisfazem quasi sempre a primeira indicação.

XIII

Preenchem a segunda os ferruginosos e os tónicos amargos.

.....

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Quibus disparatæ sunt urinæ, iis vehemens est in corpore turbatio.

(Sect. VII, Aph. XXXIII.)

II

Urinæ difficultatem venæ sectio solvit. Secundæ autem sunt inferiores.

(Sect. IV, Aph. XXVI.)

III

Renum et vesicæ vitia in senibus cægre curantur.

(Sect. IV, Aph. VI.)

IV

Si sanguis aut pus, cum urina redditur, renum aut vesicæ exulceratio significantur.

(Sect. IV, Aph. LXXV.)

V

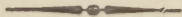
Urina copiose de nocte redditur paucum alvi dejectionem significat.

(Sect. IV, Aph. LXXXIII.)

VI

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima.

(Sect. I, Aph. VI.)



Esta these está conforme os Estatutos. — Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 1883.

Dr. Caetano de Almeida.

Dr. Benicio de Abreu.

Dr. Oscar Bulhões.

